Supp. 60,247/e

LACOUR, A.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 23 *février* 1844,

Par ANTOINE LACOUR,
de Lyon (Rhône),
Ancien Interne de l'hôtel-Dieu et de la Maternité de Lyon.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES

SUR

LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois. (LEVRET.)

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1844

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET (1).
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL, Examinateur. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. AUGUSTE BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS, Président.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.	MM. LENOIR.
BAUDRIMONT.	MAISSIAT.
CAZENAVE, Examinateur.	MALGAIGNE.
CHASSAIGNAC.	MARTINS.
DENONVILLIERS, Examinateur.	MIALHE.
J. V. GERDY.	MONNERET.
GOURAUD.	NÉLATON.
HUGUIER.	NONAT.
LARREY.	SESTIER.
LEGROUX.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

(1) M. PELLETAN, professeur en retraite.

347647

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A. LACOUR.

A M. STOLTZ,

Professeur d'Accouchements à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A M. BOUCHACOURT,

Professeur de Physiologie à l'École de Médecine de Lyon.

A MES AMIS

J. BONNET ET J. GARIN,

Docteurs en Médecine de la Faculté de Paris,
anciens Internes des hôpitaux de Lyon.

A. LACOUR.

La provocation de l'accouchement prématuré a été en France, dans ces dernières années, l'objet de travaux extrêmement remarquables. Leurs auteurs se sont surtout occupés d'indiquer le degré d'étroitesse du bassin dans lequel on peut user avec succès de cette précieuse ressource. La réserve et l'esprit éminemment pratique qui les ont guidés dans la détermination précise des limites entre lesquelles on devait opérer, n'ont pas peu contribué à faire admettre par quelques-uns de ses adversaires une opération depuis longtemps en usage en Angleterre, en Allemagne, en Hollande et en Italie. C'est aussi à cette sage modération qu'il faut attribuer le silence de ces hommes distingués sur les autres cas dans lesquels nos voisins ont conseillé de délivrer avant le terme naturel de la grossesse. On conçoit sans peine qu'ils n'aient pas voulu se prononcer d'avance sur l'opportunité de l'opération, dans des circonstances morbides où elle est subordonnée à l'*occasion* et au sens médical

de l'accoucheur. Mais celui que son défaut d'expérience personnelle borne au simple rôle d'historien ne saurait être retenu par un si légitime scrupule : aussi mon but, dans ce mémoire, est-il de faire une histoire aussi complète que possible de la parturition prématurée artificielle. Il ressortira de ces recherches, je l'espère du moins, cette conclusion que la provocation de l'accouchement, loin d'être proscrite au nom de la religion, de la morale et des lois, n'a rien à redouter, sous ce triple rapport, de l'examen le plus sévère, et qu'au lieu de la bannir de la pratique, on doit bien plutôt la regarder comme une des plus utiles conquêtes de la chirurgie moderne.

RECHERCHES

HISTORIQUES ET CRITIQUES

SUR LA PROVOCATION

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

> Evitemus equidem aut præmaturam, aut inconsultam instrumentorum adplicationem, quousque vel natura, vel manus partui non impares sunt promovendo; ast non imprudenter negemus instrumentorum utilitatem, quotiescunque natura, quandoque noverca, osseam pelvis compagem fabricavit nimis difformem, angustam nimis.
>
> (Mai, *de Necessitate partus quandoque præmature promovendi.*)

PREMIÈRE PARTIE.

DÉFINITION, MORALITÉ DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

On donne le nom d'*accouchement prématuré artificiel* à la provocation de l'accouchement avant le terme ordinaire de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable et où ses dimensions lui permettent de franchir un bassin rétréci jusqu'à un certain point, sans perdre la vie. L'avortement provoqué consiste à faire périr un fœtus dans le sein de sa mère ou à l'en chasser, par un moyen quelconque, avant le temps où la nature lui aurait permis de vivre d'une vie in-

dépendante. « Dans l'avortement, dit M. Velpeau, on se propose de détruire l'œuf pour conserver la mère, tandis que dans l'accouchement prématuré on cherche à obtenir le fœtus vivant sans compromettre la vie de la femme. »

En repoussant entre ces deux opérations toute comparaison qui pourrait les rendre solidaires, j'ai seulement pour but d'établir ici une distinction nette et précise entre deux choses longtemps confondues par des accoucheurs célèbres. Loin de moi la pensée de jeter le blâme sur la tentative faite récemment pour introduire en France la doctrine de la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissement considérable du bassin : c'est une question, comme l'a dit avec raison M. P. Dubois, très-délicate, très-litigieuse, et qui mérite d'être étudiée sévèrement. Celui qui la juge ne doit point perdre de vue qu'il n'y a pas de parité à établir entre l'avortement provoqué par l'art comme une ressource extrême et celui qui est tenté dans des vues criminelles, coupable déjà dans la pensée de celui qui l'exécute et de celle qui le sollicite ou le souffre.

Personne plus que moi ne respecte les raisons pour lesquelles la plupart des casuistes croient que, pour assurer au fœtus la vie spirituelle, la femme *doit* demander l'opération césarienne, « malgré la crainte d'une douleur certaine et d'une mort probable » (Debreyne). Mais je ne crois pas que le médecin doive en référer, dans les cas de ce genre, aux théologiens, ainsi que le voulait Sue ; il ne doit obéissance qu'à la mère qui se trouve en péril, elle seule est juge dans sa propre cause : *Mater sola decernendi jus habet nec ulla in terris potestas jure eam cogere potest ut de vita dimicet.* Suivant le celèbre professeur de Heidelberg, à qui j'emprunte ces paroles et dont certes personne ne contestera la moralité, le savoir et l'expérience, la mère, en remettant sa vie entre les mains de l'homme qu'elle honore de sa confiance, suit, dans cette grave *nécessité,* la loi impérieuse de conservation qui domine tous les êtres, et qui impose avant tout au médecin le devoir de la sauver.

Toutefois, hâtons-nous de le dire, on se tromperait étrangement

si l'on concluait de là que l'accoucheur a droit absolu de vie et de mort sur le produit de la conception. Non; je crois avec M. Stoltz « qu'il est du devoir de l'homme de l'art de sauver le fœtus, lui, aussi bien que sa mère, *toutes les fois que cela est possible.* » Cette restriction de la part d'un de ceux qui ont pris le plus généreusement la défense de l'enfant, doit faire admettre qu'il est de ces cas « où il est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus, qui jusque-là diffère à peine de la plante, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme que mille rapports sociaux nous engagent à conserver » (Velpeau).

Et puis, il y a un principe qui doit dominer toute la vie du médecin: c'est qu'il ne doit pas agir chez ses malades autrement qu'il n'agirait dans sa propre famille. En est-il un seul qui, dans cette douloureuse alternative, hésitât à prononcer ces paroles devenues célèbres: *Sauvez la mère!* (1) prononcées par un homme qui avait de si puissants motifs pour désirer un héritier? Les hommes de tous les temps, de tous les pays, de toutes les religions (2), qui ont cru de-

---

(1) Paroles de Napoléon à A. Dubois, à la naissance du roi de Rome.

(2) A. Polanus, *Quæstio num chirurgico liceat salva conscientia fœtum necare ut matrem servet;* Oppenheim, 1619.

Camerarius, *Diss. de quæstione an liceat medico pro salute matris abortum provocare;* Tubingæ, 1697.

Hadrianus, *Prolusio qua per partum illegitimum abortumque matris vitam subinde conservandam esse demonstratur;* Ienæ, 1710.

Andreas Slevogt, *Diss. num maturus fœtus servandæ matris gratia occidendus, aut abortus procurandus sit, ut mater gravida a magno morbo morteve liberetur;* Ienæ, 1710.

W. Cooper, *Med. obs. and inquiries,* t. 4, p. 271; 1768.

Naegelé, *de Jure vitæ et necis quod competit medico in partu;* Heidelbergæ, 1826.

Velpeau, *Traité élémentaire d'accouchements;* Paris, 1829.

J. Janouli (aus macedonien), *Uber Kaiserschnitt und perforation in Gerichtlich-medicinischer-Beziehung;* Heidelberg, 1834.

P. Dubois, *Mémoire sur l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement considérable du bassin;* Paris, 1843.

voir donner un pareil précepte, étaient-ils donc moins moraux que leurs adversaires? Si ceux-ci s'étaient trouvés dans ces occasions terribles où il faut décider du sort de deux existences (1), nul doute qu'ils n'eussent aussi obéi à cet axiôme de droit universel : *Quod semper sit ejus vita præferenda, quæ magis certa ac tutiora salutis signa præ se fert.*

Mais je ne veux pas prolonger ces réflexions auxquelles j'ai cru devoir m'arrêter, parce qu'on a longtemps combattu l'accouchement prématuré avec des arguments qui ne devaient s'adresser qu'à l'avortement. Il me suffit d'avoir établi que la question morale est bien différente de la question religieuse. Quant à la législation de l'avortement (2), dont les adversaires de l'accouchement prématuré ont voulu se faire une arme offensive; il nous suffit aussi d'avoir montré la différence qui sépare ces deux opérations pour éloigner de celle qui est ici en cause un procès de tendance dans lequel on voudrait faussement l'impliquer. Du reste, en admettant même qu'il est des cas très-restreints où l'avortement, devenant inévitable, ne reconnaîtrait d'autre loi qu'une nécessité inexorable, il ne sera pas difficile de prouver que la doctrine de la provocation de l'accouchement n'a pas besoin d'une

---

(1) «Du choix à faire entre deux existences, résulte, il faut bien le dire, un problème fort souvent insoluble, celui de concilier au même degré des intérêts que la force des choses rend parfois absolument inconciliables. De là les irrésolutions, les demi-mesures, les concessions dangereuses faites au désir de protéger également deux êtres dont la vie est en péril; de là, enfin, les inconséquences pour ainsi dire forcées, et si fréquemment préjudiables aux deux individus» (P. Dubois, thèse de concours, 1834).

(2) Code pénal, art. 317 : «Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violence, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

«Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.»

pareille tolérance, et qu'elle n'a rien à redouter de la religion, de la morale et de la législation.

Le but avoué, et presque toujours atteint de cette opération, est de chercher à sauver l'enfant et de soustraire la mère à des maux incalculables. Quant à ceux qui prétendent, par un esprit de sévérité sans excuse, que personne n'a le droit de forcer, contre le vœu de la nature, l'expulsion du fruit de la conception avant qu'il ait acquis sa maturité complète, ils renouvellent la proscription lancée contre l'inoculation et la vaccine. Avec ce système prohibitif, il faudrait considérer la maladie comme un effort salutaire, et s'en rapporter exclusivement à la nature médicatrice. Ceux qui raisonnent ainsi, ou n'ont pas suffisamment réfléchi, ou s'appuient sur des arguments qui ne peuvent soutenir un examen sérieux. Il est bien certain, en effet, que si la femme n'avait aucune difformité, qu'elle fût constituée normalement, et qu'un accoucheur voulût, sans prétexte, devancer le terme naturel de la grossesse, il ne serait approuvé par personne. Mais si la nature, au lieu d'avoir établi cette régularité qui est le cachet de ses œuvres, s'est écartée de la voie ordinaire; si, au lieu de donner au canal que le fœtus doit traverser, les dimensions convenables pour qu'il puisse le faire sans danger, ce conduit est rétréci et ne peut livrer passage à un enfant vivant à terme, le médecin ne serait-il pas coupable, et ne méconnaîtrait-il pas le plus sacré des devoirs s'il ne cherchait pas à suppléer à ses imperfections? car il n'est pas seulement le ministre de la nature, il est aussi chargé de remédier à ses écarts.

Ce n'est donc point blesser la religion ou les mœurs que de tenter une opération qui, dans des cas autrefois désespérés, atteint le double but de l'enfantement. Ce n'est donc point une manœuvre coupable que celle qui sauve ainsi deux êtres compromis par une sorte d'imprévoyance de la nature; et confondre de près ou de loin l'accouchement prématuré avec l'avortement, c'est méconnaître les règles les plus simples de l'analogie et éveiller des susceptibilités inutiles. Il est à regretter qu'un savant religieux, le docteur Debreyne, n'ait pas exa-

miné cette question dans sa *Théologie morale* (1), parce qu'il l'aurait, à coup sûr, vengée des attaques injustes auxquelles elle a été en butte. Quoique cet appui manque à la cause que je défends, il n'est plus permis, de nos jours, de prendre au sérieux l'anathème de M. Capuron. Cet anathème n'est qu'une exagération de la parole de son maître, qui, par une inconséquence inexplicable, mais sans invoquer toutefois la colère divine, avait enseigné que l'accouchement avant terme est un *devoir* dans certaines circonstances, et un *crime* dans d'autres; comme si le péril, pour être moins pressant quand le bassin est vicié, que dans une hémorrhagie où le danger est immédiat, en était, après tout, moins réel et moins impérieux. Serait-il plus moral de perforer le crâne d'un enfant plein de vie, ou, avant d'en venir à cette extrémité, de le laisser mourir lentement au milieu des angoisses de la mère? Comment, dit Reisinger, peut-on douter de la moralité d'une opération qui offre plus de chances de sauver la vie de l'enfant que toutes les autres opérations usitées jusqu'ici?

Si l'accouchement prématuré ne blesse en rien la religion, si la morale n'est pas violée, la loi civile ne peut se montrer plus exigeante, puisque elle est le reflet, la formule de l'une et de l'autre. La législation n'a pas prévu, d'ailleurs, le cas de la parturition provoquée avant terme; et on ne pourrait invoquer contre elle que ce qui est relatif à l'avortement. Mais si, malgré les différences réelles qui séparent ces deux opérations, les interprètes de la loi refusaient de les reconnaître, et croyaient voir dans l'accouchement prématuré une infraction à l'article 317 du Code pénal; si surtout, comme dans ces procès qui ont ému douloureusement le monde médical, on refusait d'admettre les médecins comme experts, ne pourrait-on pas, comme le dit M. P. Dubois, invoquer l'exemple de la castration? Comme l'avortement, elle

---

(1) *Essai sur la théologie morale, considérée dans ses rapports avec la physiologie et la médecine*, par P. Debreyne, D. M. P., prêtre et religieux de la grande Trappe; 2e édition, Paris, 1843.

est punie avec une juste rigueur, et pourtant on la pratique souvent dans les hôpitaux sans qu'il soit jamais venu à l'idée de la justice d'intervenir, ce qui prouve parfaitement que, dans ce cas, elle ne confond pas ce qui est criminel avec ce qui est pratiqué dans un but salutaire. Non, dit encore Reisinger, on ne peut pas appeler en justice un accoucheur qui aurait provoqué l'accouchement; parce qu'il a pour but de sauver la mère et l'enfant. S'il n'avait pas réussi, ne pourrait-il pas réclamer le même privilége que les chirurgiens, qui font tous les jours des opérations mille fois plus meurtrières sans avoir autant de chances de succès? Pourquoi l'accoucheur devrait-il être responsable précisément dans les cas les plus rares et les plus difficiles?

En attendant que la provocation de l'accouchement sorte du domaine de la médecine légale, comme le veut M. Stoltz, il importe d'examiner l'opinion des médecins légistes français à diverses époques. En 1813, 1816 et 1828, le père de la médecine légale en France, le vénérable Fodéré, avait déjà cherché à justifier et à recommander cette pratique. Marc croit que « dans des circonstances où il serait prouvé que la mère et son fruit, ou du moins l'un des deux ne pourra résister à un accouchement à terme, il faudrait y recourir. » M. Orfila, qui, dans sa deuxième édition (1828), avait réfuté les principes émis par Fodéré, à l'aide des arguments de M. Capuron, a changé complétement de manière de voir en 1836; et avec cette franchise qui sied si bien aux hommes supérieurs, il exprime son adhésion par ces paroles significatives: « Quelque plausibles que soient les arguments de M. Capuron, il est néanmoins des cas où l'accouchement prématuré doit être provoqué dans un intérêt de conservation pour la mère et l'enfant. » Et cette opinion, il l'appuie sur les beaux travaux de MM. Dezeimeris et P. Dubois. Cette conversion du savant doyen de la Faculté de Paris n'eût rien laissé à désirer s'il eût aussi rappelé au souvenir et à la reconnaissance de ses lecteurs les nobles efforts de l'école de Strasbourg, qui a eu le courage de l'initiative. Dans l'ouvrage de M. Devergie, l'accouchement prématuré artificiel occupe aussi une large place, mais il

n'y est pas traité d'une manière plus lucide et plus brillante ; seulement la partie historique est plus complète.

Cette révolution opérée dans l'opinion des médecins légistes les plus célèbres de notre époque dit mieux que tous nos raisonnements, que les temps sont passés où l'accouchement provoqué était considéré comme une doctrine *inconvenante et immorale*, et que ceux qui y verraient encore un *attentat contre les lois divines et humaines* ne pourraient plus être considérés aujourd'hui, après la marche de la science, que comme les représentants d'un autre âge.

DEUXIÈME PARTIE.

ESQUISSE HISTORIQUE ET CRITIQUE DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

L'histoire de la provocation de l'accouchement prématuré, comme celle de toutes les questions controversées, est, pour celui qui cherche à s'éclairer, une source d'enseignements utiles. Quoi de plus propre en effet à le faire réfléchir, que de voir ceux qu'il se plaît à appeler les maîtres de l'art rejeter d'une manière absolue une doctrine dont les éléments leur étaient imparfaitement connus. Son étonnement redouble, lorsque, portant ses regards dans le camp opposé, il y trouve un enthousiasme irréfléchi qui, exagérant les avantages de la méthode, la préconise dans des cas où les contre-indications sont évidentes. Heureusement ceux qui, dans ces dernières années, se sont occupés en France de la question, ont su éviter ces deux écueils en réduisant à leur juste valeur les attaques inconsidérées des uns, et en modérant l'ardeur imprudente des autres.

Dans chaque pays, la provocation de l'accouchement a été proposée ou blâmée par l'élite des accoucheurs. De sorte qu'aucune partie en

tocologie (1) n'a été étudiée avec autant de soin, ni par des hommes plus recommandables. Aussi est-ce un sujet digne du plus haut intérêt que l'étude des phases successives à travers desquelles elle a passé.

Cette doctrine n'a pas été constituée d'un seul jet et par un seul homme. Comme toutes les œuvres humaines, elle a eu ses temps obscurs, ses tâtonnements; sa marche a été tantôt lente, tantôt rapide, quelquefois stationnaire. « Mais dans la route de la science, dit J.-J. Ampère, aucun pas n'est perdu, et le but que l'on touche est toujours un point de départ pour aller plus loin. » C'est ainsi que, si l'on veut recueillir la première idée de l'accouchement prématuré artificiel, il faut remonter à Aspasie, dont Aétius nous a rappelé les manœuvres méthodiques; à Louise Bourgeois et au célèbre élève de Paré, J. Guillemeau, qui proposèrent, dans les cas d'hémorrhagies abondantes, de dilater *forcément* le col avec les doigts, puis d'y introduire la main, pour faire l'extraction de l'enfant par les pieds. Mais Puzos, qui craignait l'inertie de l'utérus après cette opération, proposa un procédé qui consistait à mettre graduellement en jeu la contractilité utérine. « Pour cet effet, dit-il, il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance. Cet écartement, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant; l'attention doit être, pour lors, d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut. » Cette description indique que le procédé de Puzos est une modification de l'*accouchement forcé*, une

---

(1) Ce mot, que M. Velpeau a eu raison de chercher à répandre en France, est dérivé de τοκος, enfantement, et λογος, discours; d'où Osiander a fait *tocologia*, qu'il a proposé en 1802 dans ses *Éléments de l'art des accouchements* (*Grundiss der Entbindungskunst, zum Leitfaden seiner Vorlesungen*; Göttingen, 1802, t. 1, p. 255).

véritable transition entre celui-ci et l'accouchement provoqué. Mais il y a loin de là au principe de ce dernier; l'art y a trop d'influence et le rôle de la nature est trop borné. « Dans l'accouchement *prématuré*, dit Ritgen, la nature fait presque tout, l'art ne lui communiquant qu'une impulsion légère mais sûre, tandis que dans l'accouchement *forcé*, l'art agit presque seul, et tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts. » C'est donc à tort qu'on a voulu faire honneur à l'auteur du *Traité des pertes sanguines* de l'invention de la parturition provoquée avant terme.

I.

HISTOIRE DES PROGRÈS DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

C'est la Grande-Bretagne qui doit doit être considérée comme le berceau de cette conquête de l'art obstétrical. Découragés par les insuccès qu'ils éprouvaient à la suite de l'opération césarienne et de la symphyséotomie, qui réussissaient mieux sur le continent, les médecins de cette nation cherchaient depuis longtemps à lui substituer une opération qui offrît plus de chances de succès. Déjà plusieurs fois leur attention avait été attirée sur les cas où des femmes, ayant subi des accouchements à terme laborieux, avaient pu, par une délivrance prématurée, donner le jour à des enfants vivants. Ils ne perdirent point de vue cette leçon de la nature. « Si certaines femmes, dit M. Velpeau, assez malheureuses pour ne mettre au monde que des enfants morts par suite d'une angustie pelvienne, finissent par accoucher sans secours d'un fœtus vivant, cela tient ordinairement à ce que, pour cette fois, l'enfant vient avant terme ou s'est moins développé que de coutume; l'accouchement prématuré artificiel n'est donc qu'une imitation de la nature. »

Cette analogie avait conduit à quelques applications rares et isolées, lorsque, au milieu du siècle dernier, en 1756, dans une réunion dont

Denman (1) nous a conservé le souvenir, les praticiens les plus considérés de Londres décidèrent « que cette pratique était avantageuse et approuvée par la morale. » Il est fâcheux d'avouer qu'un de leurs successeurs, M. Ashwell, ait cherché à déverser le ridicule sur cette délibération solennelle, qui a ouvert une ère nouvelle pour l'obstétricie. Macaulay eut le premier l'occasion de justifier authentiquement la décision de ses compatriotes (2). Il fut imité par Kelly, John et James Barlow; puis, plus tard, par Ramsbotham, les deux Merriman, Campbell, Burns, Marshall, Ingleby, etc. Et, chose singulière, la tentative de Macaulay passa bientôt tellement dans la pratique ordinaire, que l'hystérotomie et la section de la symphise ne figurèrent bientôt plus que pour mémoire dans les traités d'accouchements.

Toutefois, il ne faut pas le dissimuler, l'accord ne fut pas unanime parmi les médecins anglais. Ainsi, W. Nisbet prétendit qu'on ne pouvait point déterminer au juste l'époque de la grossesse, ni mesurer exactement les diamètres du bassin, et que le col n'était pas assez dilatable avant la fin naturelle de la gestation. J. Leighton motiva son opposition sur l'incertitude des effets de l'opération.

Ces arguments n'apportèrent aucune entrave au développement de la doctrine de la provocation de l'accouchement prématuré. On exagéra même le principe en dépassant les limites posées par une observation saine et rigoureuse. John Barlow ressuscita le conseil donné timidement, en 1768, par W. Cooper (3), et il ne tarda pas à trouver

---

(1) *Introduction à la pratique des accouchements,* traduit de l'anglais par Kluyskens; Gand, 1802.

(2) Après de nombreuses recherches, il m'a été impossible de savoir si avant Macaulay on avait déjà pratiqué l'accouchement prématuré dans les cas de vice de conformation du bassin. M. Ashwell l'insinue dans son mémoire sur les *tumeurs du bassin;* mais il ne donne aucune preuve à l'appui de sa manière de voir. La plupart des accoucheurs anglais n'ajoutent pas foi au fait de Marie Dunally, qui aurait pris, dit-on, l'initiative en 1738.

(3) « Dans le cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra

des imitateurs dans James Barlow, Hull, Headly, Wigand, etc., et aujourd'hui l'avortement et l'accouchement provoqués jouissent en Angleterre d'une égale faveur.

Bien que la France ait précédé l'Allemagne dans la proposition de l'accouchement provoqué avant terme, on ignorait dans ce dernier pays les premiers travaux qui avaient été faits sur ce sujet dans la patrie de Levret. L'importation se fit d'Angleterre. Une ressource si précieuse ne pouvait rester longtemps inconnue dans un pays où on cultive avec tant d'ardeur tout ce qui est relatif à l'art des accouchements. Mai essaya, en 1799, de déterminer les indications qui la réclament, dans son mémoire : *de Necessitate partus quandoque præmature vel solo manuum ; vel instrumentorum adjutorio promovendi.* Wenzel en profita le premier en renouvelant la hardiesse de Macaulay ; il ne fut pas moins heureux que lui (1804). Ses succès et la publication de son livre, en 1818 (1), firent ranger plusieurs de ses compatriotes à son opinion. Kraus, en 1815, eut aussi à s'applaudir d'avoir provoqué l'accouchement.

Malgré ces succès, et quoiqu'un élan vigoureux ait été donné par le mémoire de Wenzel, c'est surtout de l'ouvrage de Reisinger (2) qu'il faut faire dater la série des travaux qui ont été entrepris sur ce sujet par nos voisins. Sous son influence, plusieurs adversaires devinrent de zélés défenseurs de l'accouchement prématuré, et leur adhésion franche et sincère fit contraste avec l'opposition passionnée de l'école de Baudelocque. Cette monographie, qui parut en 1820,

---

pas naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriseraient-elles pas, afin de sauver la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées » (W. Cooper, ouvr. cité). Ce passage a été traduit par M. P. Dubois, et inséré dans son *Mémoire sur l'avortement provoqué.*

(1) C. Wenzel, *Betracht und über die Künstliche Frühgeburt ;* Mainz, 1818.

(2) Reisinger, *Die Künstliche Frühgeburt als ein wichtiges mittel in der Entbindungskunst ;* 1820.

est une discussion sage et impartiale de l'état de la science à cette époque; et quoique plusieurs années se soient écoulées depuis, on comprend, en la lisant, la sensation qu'elle a produite lors de son apparition. Ceux qui profitèrent de ces avis furent plus particulièrement Kluge, Busch, d'Outrepont, Ritgen, Kilian et Naegelé, qui était tellement convaincu de l'utilité de la provocation de l'accouchement, qu'il revendiqua pour son beau-père l'honneur de l'avoir proposée le premier sur le continent: *Vir summe venerandus*, dit-il, *F. A. Maius primus in Germania, vel potius in Europa continente illud auxilium commendavit.*

Il serait trop long d'énumérer ici tous les travaux qui ont été publiés en Allemagne, depuis Reisinger, en faveur de l'accouchement prématuré. Outre de nombreux articles de journaux et des chapitres très-complets qui lui ont été consacrés dans les traités d'obstétricie, il a paru un nombre prodigieux de dissertations, de mémoires *ex professo.* Je me bornerai, pour ne pas être fastidieux, à signaler ceux qui m'ont semblé les plus remarquables. En 1831, E.-L. Schippan, à Wurtzbourg, continua la statistique depuis 1820, et discuta avec beaucoup de discernement les faits qui appartenaient à chaque pays. Neuf ans plus tard, Hofmann (1), dans une dissertation soutenue à Munich, résuma plus complétement peut-être l'état de la science; mais la discussion ne vient pas en aide au lecteur, qui ne sait trop comment se reconnaître dans les détails de cette espèce d'inventaire. C'est sans doute à cette absence de critique qu'on doit rapporter l'erreur grave qu'il commet en attribuant à Weidmann la première idée de la provocation de l'accouchement, après les Anglais. Mais dans son ouvrage : *Comparatio inter sectionem cæsarean et diss. cartil.* (1779), cité par Hofmann, cet accoucheur distingué ne parle que de l'accouchement *forcé*, et ce n'est qu'en 1807, c'est-à-dire bien longtemps après Roussel et Mai, qu'il se déclara partisan de la nouvelle méthode. Je devrais

(1) *De Parte præmaturo artificiali*, auctore J. Hofmann; Monachii, 1840.

dire quelques mots de deux ouvrages qui ont eu, dans ces derniers temps, un certain retentissement, et qui sont dus à Meissner de Leipsig (1), et à Schœller de Berlin (2); mais comme ils ne renferment que la description de nouveaux procédés opératoires, j'aurai occasion d'y revenir ailleurs.

En Allemagne comme en Angleterre, la doctrine de l'accouchement prématuré suscita des adversaires, qui non-seulement furent plus nombreux, mais aussi plus célèbres. A leur tête, on est tout étonné de trouver d'abord l'illustre professeur de Goettingue, Osiander; et lui qui intervenait si souvent dans les accouchements, sans autre but, dit-on, que d'instruire ses élèves, fit valoir les avantages de l'expectation. En examinant ses objections, on voit qu'il n'a pas une idée claire de ce qu'il combat, et qu'il confond l'accouchement prématuré avec la dilatation forcée du col de l'utérus. Plus tard, il modifia ses idées, chercha à attirer l'attention sur le danger des grossesses tardives, et en 1820 il fit connaître le procédé d'Hamilton. Froriep, A.-E. Siebold, firent comme Osiander, ils devinrent partisans après avoir été adversaires. Joërg, Gumbrecht, Piringer, Stein et Ebermaier, n'ont cessé de récuser l'utilité de l'accouchement prématuré. Boër, la gloire de Vienne, croyait cette opération en général dangereuse, et assez souvent mortelle. Cette assertion peut paraître étrange dans la bouche d'un homme qui ne se souvenait pas d'un seul cas de mort dans les avortements au troisième ou au quatrième mois. Plessmann (3) regardait comme *homicides* les moyens employés, et il leur attribuait la plupart des

---

(1) *De la Manière la plus avantageuse et la plus sûre de faire l'accouchement prématuré artificiel*, par Meissner de Leipsig. Ce mémoire remarquable a été traduit et inséré dans la *Gaz. médicale de Paris* (1841), par M. le docteur M. Ruëf, de Strasbourg.

(2) *L'Accouchement prématuré artificiel provoqué par le tampon* (*Die Künstliche Frühgeburt, bewirkt durch den Tampon*); Berlin, 1842.

(3) *La Médecine puerpérale, ou des accidents de la maternité*, par Frédéric Plessmann, docteur en médecine, accoucheur de l'Hôtel-Dieu sous Desault, et professeur en la ci-devant Université de Paris; Paris, 1797.

objections adressées à l'accouchement prématuré; si l'on pouvait, disait-il, le provoquer par des bains, il serait employé dans maintes circonstances.

En Italie, F. Ferrario publia, en 1829, six observations dues au professeur Lovati (1). Le mémoire de ce médecin est, quoi qu'on en ait dit, plein de vues sages et judicieuses. Les six faits qu'il contient sont remplis d'intérêt: aucune femme ne succomba; un seul enfant mourut, et encore vint-il au monde apoplectique, le cordon serré autour du cou. Depuis ce travail du chef de clinique de l'Université de Pavie Cisinelli a fait connaître deux nouveaux cas dus encore à Lovati. Bili, à Milan, fut aussi heureux que son compatriote. Enfin, Bongiovanni et Masnata (2) sont ceux qui ont parlé le plus récemment de l'accouchement prématuré; mais leurs mémoires, comme ceux de leurs prédécesseurs, ne sont que des comptes rendus des cliniques italiennes.

En Hollande, où l'héritage de Deventer avait été recueilli par des mains habiles, la question fut traitée d'une manière plus complète, d'abord par Salomon de Leyde, qui l'introduisit le premier dans la pratique (3), puis par Schow, Van den Kieboom et Vrolick, qui joignirent aussi l'exemple au précepte. Wellenbergh, quoique élève de Gardien, ne craignit pas de s'écarter sur ce point des idées de son maître. Il provoqua avec succès l'accouchement prématuré, et, pour rendre cette opération plus facile, il inventa un pelvimètre très-ingénieux, et qui est sans contredit le meilleur des instruments de ce genre (4).

---

(1) F. Ferrario, *Saggio di osservazioni cliniche sul parto præcoce artificiale*, 1829.

(2) *Ostetrici cenni sul parto præmaturo artificiale* (*Giornale di Turino*, fasc. di settembre 1840).

(3) Salomon, *Geneekundige Bijchagen*, 1825.

(4) Le pelvimètre de Wellenbergh est une espèce d'intro-pelvimètre, mais qui diffère en totalité de celui que madame Boivin a décrit sous ce nom, et qui est

En Danemark, en Amérique, en Suisse et en Pologne, P. Scheel, James, Spoendli et Mayer, ont fait connaître des observations riches d'intérêt et de détails.

L'adhésion de la Belgique est toute récente; Marinus est le premier (1) qui ait parlé de l'utilité qu'on peut retirer de l'accouchement prématuré artificiel. Seutin et Lenglet se sont rangés à son avis; mais c'est le professeur Van Huevel qui l'a provoqué le premier. La femme qui fait le sujet de son observation était âgée de trente ans et rachitique. Le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était de 3 pouces. Les suites de couches furent très-heureuses, et l'enfant se portait bien trois mois après sa naissance, époque à laquelle le beau succès du professeur de Bruxelles a été relaté dans les *Annales de gynécologie* (août 1843). M. Simonart (2), dans sa thèse, a principalement considéré la question dans ses rapports avec la législation française, et nulle part peut-être on ne trouve une protestation plus concluante contre l'application de l'article 317. L'introduction historique qui précède cette intéressante discussion est loin de mériter les mêmes éloges, car elle est pleine d'erreurs. Ainsi, par exemple, Froriep, de Berlin, est rangé parmi les Anglais, et en revanche Leighton et W. Nisbet (que l'auteur appelle

---

bien supérieur à ce dernier. L'instrument est composé de deux branches, l'une destinée à être introduite dans le vagin, et l'autre recourbée en forme de demi-cercle, supportant une coulisse dans laquelle glisse une tige droite, dont le bouton doit être appliqué à l'extérieur sur l'endroit correspondant à la partie supérieure de la symphyse pubienne pendant que la branche postérieure introduite dans le vagin repose sur le milieu de l'angle sacro-vertébral (Stoltz).

(1) *Annales de la médecine belge et étrangère*, 1837.

(2) Simonart de Wavre, *Dissert. sur l'accouch. prématuré considéré sous le rapport médico-chirurgical et obstétrical*, thèse soutenue à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, le 9 mai 1843.

Wnisbet) sont transportés en Allemagne, et beaucoup de noms d'auteurs sont tellement défigurés qu'on a peine à les reconnaître.

Presque dans tous les pays dont j'ai exposé l'état de la science relativement à l'accouchement prématuré, cette doctrine a rencontré des adversaires qui l'ont obligée à conquérir, pour ainsi dire, son droit de cité; mais c'est en France surtout que la lutte a été rude, passionnée. En Angleterre, en Allemagne, ceux qui la rejetaient alléguaient l'incertitude des indications et la difficulté de l'opération; dans notre pays on n'en voulait point : c'était un crime, disait-on. Et ce qui donna longtemps gain de cause à ces détracteurs d'un autre genre, c'est que l'arrêt de proscription avait été lancé par un homme dont l'influence sur son époque avait renouvelé l'ascendant que Levret avait eu de son temps.

Toutefois, il faut le dire, ce n'est pas seulement depuis Baudelocque qu'on a manqué de courage pour parler en faveur de la provocation de l'accouchement; bien avant lui, la crainte de froisser l'opinion publique avait réduit au silence ceux qui avaient soupçonné ou apprécié les avantages de cette méthode, et c'est cette pusillanimité qui jette tant d'obscurité sur l'introduction de l'opération en France. C'est ainsi que Roussel de Vauzesme, dans sa dissertation sur la *Synchrondrotomie pubienne* (1779), propose, pour l'éviter, de solliciter *per artem* l'accouchement au septième ou au huitième mois; mais, au lieu de revendiquer pour lui cette découverte, il se met à l'abri derrière l'opinion d'un autre, et prétend la tenir de Levacher de la Feutrie. Sue, dans ses *Essais sur l'art des accouchements*, dit que Roussel a été mal informé, et il fait honneur de l'invention à Antoine Petit, dont toutefois il ne décrit pas le procédé, parce que, dit-il, les casuistes et les théologiens n'ont pas encore décidé si on devait s'en servir. Mais le cours d'A. Petit a été publié par deux de ses élèves, et on n'y trouve rien qui ressemble à l'accouchement prématuré. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Stoltz, il était trop admirateur de l'opération césarienne pour vouloir préconiser un moyen qui aurait dû diminuer

son importance. A qui doit donc, en définitive, revenir la priorité? Burns et M. Stoltz l'attribuent à Roussel de Vauzesme; M. Dezeimeris remonte plus haut : il en gratifie Puzos; mais, comme je l'ai déjà dit, son procédé n'est qu'une variété de l'accouchement forcé.

Quelques années après le traité de la synchondrotomie pubienne, Lauverjat, dans sa *Nouvelle méthode de l'opération césarienne,* dit quelques mots sur la provocation de l'accouchement, et sans s'inquiéter de ses devanciers, il termine en disant : « Ce moyen, dont il serait criminel d'abuser, ne doit point être absolument rejeté, parce qu'il pourra, dans certaines circonstances, conserver la mère et les enfants, dont la vie serait compromise. » Cette sage et prudente remarque passa inaperçue, et l'opération qu'elle recommandait continua de rester à l'état de proposition. Sacombe, qui partageait, avec Alphonse Leroy, l'admiration que lui inspirait la symphyséotomie, prétend l'avoir mise à exécution dans un cas dont il dicta l'histoire à ses élèves. Mais Demangeon n'y croit pas le moins du monde, et dans son examen critique de la doctrine de cet accoucheur, il substitua à l'observation dictée par Sacombe la vérité des faits. « Au commencement de 1795, dit Sacombe, la femme P., enceinte de sept mois, et effrayée de ses deux antécédents accouchements, consulta un accoucheur qui lui conseilla de provoquer l'avortement au terme où elle se trouvait, c'est-à-dire à sept mois et quelques jours... Il introduisit un stylet dans la matrice, rompit les membranes, et *quinze jours après,* à la suite d'une hémorrhagie très-abondante, l'enfant fut extrait, mais mort. » — « La femme P., dit Demangeon, était enceinte pour la troisième fois. Au premier accouchement, on avait eu recours à la perforation du crâne; au deuxième, voulant extraire les enfants par les pieds, on avait arraché le tronc. Sacombe ne fut pas plus heureux dans le troisième; il fut obligé d'agir contre ses principes, de mutiler l'enfant, et la femme mourut (1).

---

(1) *Examen critique de la doctrine et des procédés du citoyen Sacombe dans l'art*

Ainsi, la doctrine de l'accouchement prématuré restait toujours, en France, enveloppée de mystères: on n'osait la proclamer en public; elle était mal connue, incomprise, si bien que, lorsque Baudelocque arriva, on ne savait à quoi s'en tenir sur elle; et quand parut son ouvrage, qui restera, suivant la juste expression de M. Velpeau, « comme un monument de sagesse et de raison, » son sort fut fixé pour longtemps. Toutefois, avouons-le, ce ne sont pas les arguments dont il se sert qui peuvent justifier la sévérité de son jugement. L'auréole dont son enseignement et sa pratique avaient entouré son nom, le respect qu'il avait inspiré à ses élèves, doivent être considérés comme les seules causes de l'espèce d'infaillibilité qu'on accorda pendant de longues années aux pages qu'il avait consacrées à l'accouchement prématuré. Il suffit, en effet, d'un peu d'attention pour s'assurer qu'elles n'étaient dignes ni d'une aussi profonde vénération, ni d'une aussi grande longévité.

Il n'avait pas une idée claire de ce qu'on voulait obtenir par l'accouchement prématuré. Il croyait d'abord qu'on avait pour but de le substituer à l'opération césarienne, et en cela, il imitait Sacombe et A. Leroy, qui voulait que, dans tous les cas, on fît la symphyséotomie. En parlant au hasard et sans préciser des insuccès de la méthode, c'était une fin de non-recevoir qui indiquait seulement qu'il ne connaissait pas les succès de Wenzel et des praticiens anglais. Il serait injuste de croire que Baudelocque a dédaigné de se mettre au courant des monographies qui avaient vu le jour en Angleterre et en Allemagne avant la publication de la dernière édition de son livre, en 1807. J'aime mieux mettre sur le compte de l'époque orageuse où il a vécu la difficulté d'avoir une idée complète des travaux étrangers. Cette justification est d'autant plus admissible que c'est surtout en Angleterre que l'élan avait été rapide et non interrompu.

---

des accouchements, ou Sacombe en contradiction avec les autres accoucheurs, avec la physique, avec la géométrie et avec lui-même; Paris, an VII.

Une des plus grandes difficultés, suivant Baudelocque, est de statuer sur l'époque de la grossesse. On peut répondre que, dans cette appréciation, l'accoucheur ne doit pas s'en rapporter exclusivement à la femme; il doit s'enquérir avec un soin extrême des phénomènes physiologiques, qui ne manquent presque jamais par leur réunion de fournir des indices sur la date de la conception. Quant à répudier la parenté entre l'accouchement prématuré spontané et celui provoqué par l'art, les exemples que nous citerons plus loin ne permettent pas d'admettre une telle assertion. En parlant de l'état du col chez les femmes qui accouchent spontanément avant terme, le célèbre professeur prétend qu'il est pour ainsi dire préparé; en sorte qu'il ne faut qu'une cause déterminante pour que les contractions utérines mises en jeu s'effacent et dilatent l'orifice. Suivant M. Stoltz, on a trop généralisé: de pareilles dispositions n'existent que rarement; on les observe le plus souvent dans les accouchements prématurés habituels, ou dans ceux qui sont l'effet d'une trop grande distension de l'utérus par la présence de plusieurs fœtus ou par une grande quantité de liquide amniotique. M. P. Dubois fait aussi remarquer, dans sa thèse de concours (1834), que, dans les accouchements prématurés naturels, le segment inférieur de la matrice n'est pas plus préparé à se laisser dilater par les contractions que par l'accouchement provoqué. Mais Baudelocque, probablement pour établir une règle générale, avait pris des accouchements à terme pour des accouchements prématurés. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il abandonne cette argumentation, lorsqu'il faut en venir aux femmes qui ont une mauvaise conformation du bassin; suivant lui, on ne voit point chez elles les dispositions favorables du col. L'observation dément encore cette assertion, car elle démontre qu'il n'y a aucune différence, sous ce rapport, entre les femmes mal conformées et celles que la nature a douées d'une bonne conformation.

Quant aux deux observations qui terminent ce qu'on pourrait presque appeler le réquisitoire de Baudelocque, elles n'aident point à la démonstration de ce qu'il veut prouver. Dans la première, le bassin avait 2 pouces ¾. Tous les accoucheurs conseillent, dans ces cas, de

ne pas attendre le huitième mois, mais de provoquer l'accouchement au septième. Ramsbotham, dans une circonstance analogue, ne s'y prit pas assez tôt; il fut obligé de terminer par la perforation du crâne. Au septième mois, on a alors un enfant vivant; l'un des faits publiés par M. Stoltz en est un exemple frappant. À propos du même fait, Baudelocque se demande ensuite ce qui serait arrivé si le diamètre eût encore été plus petit. Cette question ne suffit-elle pas pour prouver que le grand accoucheur ne comprenait pas les indications de l'accouchement prématuré. La seconde observation démontre encore mieux que la première que Baudelocque obéissait à des idées préconçues, car elle est presque décisive en faveur de l'accouchement provoqué. Millot avait opéré la femme qui en fait le sujet une première fois par la gastro-hystérotomie; elle accoucha ensuite quatre fois naturellement, mais au plus tard à sept mois. Baudelocque ne dit pas ce que sont devenus les deux premiers enfants: avaient-ils succombé? Ne peut-on pas supposer qu'ils étaient vivants; car je ne crois pas qu'il eût oublié de noter leur mort, si elle eut lieu. Le dernier vécut deux jours et demi. Le diamètre sacro-pubien de la mère n'avait que 2 pouces ½, et pour les plus ardents propagateurs de la méthode, c'est la condition la plus défavorable.

En résumé, plus on lit ce chapitre de Baudelocque sur l'accouchement prématuré, et plus on reste convaincu qu'il eût parlé autrement s'il eût été mieux informé. Mais si les événements qui avaient lieu à l'époque de l'apparition du *Traité de l'art des accouchements* justifient son auteur d'être resté en arrière de la science, la même excuse ne peut être alléguée pour ses élèves, qui ont pu, par des relations scientifiques multipliées, et par les analyses du *Journal général*, du Bulletin de Férussac, par la traduction de S. Merriman, par Vaidy, de F. Ferrario, par madame Boivin, avoir une idée plus précise que leur maître de tout ce qui avait été écrit sur l'accouchement prématuré.

Loin de là, au lieu de profiter d'un tel enseignement, ils renchérirent encore sur la parole du maître, comme si c'était honorer les

grands hommes que de partager leurs erreurs. Baudelocque, en niant l'utilité de la provocation de la parturition avant terme, s'était servi d'armes scientifiques ; M. Capuron appela le ciel à son aide, puis, l'invocation achevée, il nia toute parité entre l'accouchement prématuré et l'expulsion provoquée : « Eh quoi, s'écrie-t-il, de ce qu'une femme a le bonheur d'accoucher à sept ou huit mois, d'enfants vivants par les seuls efforts de la nature, on conclut que cette femme peut avoir le même bonheur si on la fait avorter à cette époque ? Eh où est donc l'analogie, la parité entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé ou l'avortement. On a beau dire et beau faire, l'art n'imitera point la nature à cet égard, et quelques précautions qu'on prenne, on n'excitera jamais, par des secours extraordinaires, la matrice à se débarrasser du produit de la conception, sans exposer la mère et l'enfant aux plus grands périls. Il est de fait que, parmi les femmes qui avortent à sept ou à huit mois par l'effet d'une violence quelconque, il y en a peu qui se sauvent ou qui ne courent de grands dangers. » Nous ne reviendrons pas sur la confusion que l'auteur dont je cite les paroles fait de l'accouchement prématuré artificiel, de l'accouchement forcé, et de l'avortement, erreur d'autant moins pardonnable, que déjà, à l'époque où M. Capuron écrivait, la distinction de ces manœuvres était en quelque sorte l'exorde obligé de toute monographie sur la matière.

Quant à ceux qui, à l'exemple de Baudelocque et de M. Capuron, nient toute ressemblance entre l'accouchement spontané à terme et celui provoqué par l'art, il est facile de leur prouver, par quelques exemples, que la ressemblance, au contraire, est frappante. Merriman cite l'histoire d'une dame dont le bassin était fort étroit, et qui, après être accouchée cinq fois déjà d'enfants qui avaient succombé pendant le travail, accoucha la sixième fois à huit mois de grossesse et mit au monde un enfant vivant. Une femme, dit Smellie, dont le bassin ne pouvait pas avoir plus de 2 pouces et demi d'étendue au diamètre sacro pubien, et qui, cinq fois accouchée déjà, n'avait eu que des enfants morts, en eut depuis un sixième vivant, parce que cette fois elle

était accouchée au huitième mois. Chez une autre, qui avait été rachitique pendant ses deux ou trois premières années, et qui était déjà accouchée trois fois avec beaucoup de peine et sans qu'aucun de ses enfants ait pu survivre au travail, une diarrhée abondante ayant provoqué les douleurs prématurées de l'enfantement au septième mois, l'enfant, cette fois, naquit plein de vie (P. Dubois).

En regard de ces faits, je vais en citer d'autres où l'art s'est acquitté de la tâche que la nature avait si bien remplie dans ceux que je viens de rapporter. Denman parle d'une dame de qualité qui accoucha la première fois d'un enfant vivant au huitième mois de sa grossesse, puis elle eut successivement quatre couches très-laborieuses et des enfants morts. Ayant reconnu un certain degré de rétrécissement du bassin, on provoqua dans une sixième grossesse l'accouchement à sept mois, et de nouveau, cette dame eut un enfant vivant, et qui survécut (Stoltz). A côté de cette observation se place naturellement celle si célèbre de Fodéré. Madame R. était enceinte pour la neuvième fois : la sage-femme qui l'avait assistée dans plusieurs de ses couches rapporta à Fodéré que le bassin de cette dame était tellement étroit que le petit diamètre du détroit supérieur ne mesurait guère plus de 2 pouces et quart. Les trois premières fois, elle n'avait pu être accouchée qu'au moyen de la perforation du crâne et des crochets. Se trouvant en Hollande lorsqu'elle était enceinte pour la quatrième fois, elle fut fortement effrayée au septième mois par un incendie qui se déclara dans le voisinage de son habitation : aussitôt, elle fut prise de douleurs d'enfantement. L'accoucheur qui fut appelé, après avoir appris ce qui s'était passé les trois premières fois, saisit cette circonstance pour rompre les membranes et hâter l'accouchement. L'enfant se présentait par les pieds, il fut extrait vivant. En 1828, il avait atteint sa dix-huitième année. Cette dame devint enceinte une cinquième, une sixième, une septième, une huitième fois. Au lieu de suivre le conseil que lui avait donné l'accoucheur hollandais, de se faire accoucher entre sept à huit mois de grossesse, elle attendit chaque fois le terme naturel, et chaque fois on fut obligé d'en venir

à la perforation du crâne. Dans la neuvième couche, quoiqu'on ait eu recours à la céphalotomie et à l'emploi des crochets, madame R. mourut sans être délivrée.

Malgré ces observations et bien d'autres qui sont dans le domaine public, M. Capuron n'en persiste pas moins dans son opinion, avec une persévérance digne d'une meilleure cause. Lauverjat, ne pouvant s'expliquer de pareils faits, croyait sérieusement que le bassin s'était élargi. En parlant de la gravité de l'avortement, M. Capuron oublie que Baudelocque avait dit qu'il n'était pas dangereux, et qu'il s'opérait par le même mécanisme que l'accouchement. L'opinion de Boër, que j'ai déjà citée, ne diffère pas de celle du grand maître de l'école française.

Gardien, qui, dans sa première édition, s'était aussi servi contre l'accouchement prématuré des arguments de Baudelocque, est moins exclusif dans la seconde. Il croit, avec Plessmann, qu'il est des cas où on peut l'employer, et comme lui il craint les moyens dont on se sert et voudrait qu'on pût arriver au même but par des bains multipliés.

Mesdames Boivin et Lachapelle, qui avaient porté les premiers coups à quelques unes des idées de leur maître, respectèrent le jugement qu'il avait prononcé contre le travail provoqué. Les recherches auxquelles ces deux sages-femmes célèbres s'étaient livrées, en Italie et en Angleterre, pour s'éclairer, ne purent les convaincre. Madame Boivin, après la lecture de Ferrario, conclut « qu'un grand nombre de ces ruptures de membranes ont été faites sans nécessité, et qu'elles n'ont pas toujours été innocentes pour la mère et pour l'enfant. » De tous les cas connus en Angleterre, madame Lachapelle a soin de ne faire ressortir que les plus malheureux, assez communs, du reste, dans ce pays, puisque les limites entre lesquelles on opère ne sont pas définies. Puis elle condamne l'accouchement prématuré, parce qu'il n'a pas toujours *également bien réussi*. Pour son collaborateur Dugès, « c'est une manœuvre condamnable, car elle n'a réussi pour l'enfant et la mère que dans les cas où elle était inutile. »

Nonobstant cette unanimité des élèves de Baudelocque, la réproba-

tion lancée par ce grand homme n'avait jamais reçu ni sanctionn i démenti d'aucun corps savant. L'Académie royale de médecine se chargea de la sanction; le démenti devait être donné par la pratique. En 1827, dans la séance du 27 janvier, à l'occasion d'un accouchement prématuré survenu spontanément à sept mois et demi, fort heu reusement, chez une femme affectée d'un anévrysme du cœur. et menacée à chaque instant de périr de suffocation, M. Costa demanda si l'on ne pourrait pas, dans des cas analogues, provoquer l'accouchement, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, en supposant que celui-ci soit viable. L'Académie, trouvant la question délicate, nomma une commission composée de MM. Orfila, Adelon, Marc, Desormeaux et Kergaradec, dont la réponse fut que la question était inconvenante et qu'il n'existait aucun cas ni de rétrécissement du bassin, ni de convulsions, ni même d'implantation du placenta sur le col, qui pût, dans l'état actuel de la science, autoriser la provocation d'un accouchement avant terme; qu'elle était immorale, que d'ailleurs on ne pouvait savoir quand le fœtus était viable, et que cette sorte d'accouchement était toujours fatale à la mère et à l'enfant.

Deux années après ce rapport mémorable, parut le *Traité élémentaire de tocologie* de M. Velpeau. Il examina la question dans un chapitre sur l'avortement provoqué, dans le but de rendre inutile l'opération césarienne et la symphyséotomie. Lorsque l'accouchement à terme est impossible, il veut qu'on le pratique au commencement de la gestation; mais il n'ose se décider pour la provocation de l'accouchement. Son hésitation repose sur la difficulté de reconnaître la viabilité du fœtus, les diamètres de la mère et de l'enfant. Et ce qu'il craint par-dessus tout, ce sont les hémorrhagies, les péritonites, les convulsions, les affections du col de l'utérus à la suite de l'opération.

On le voit, à cette époque il n'y avait pas de dissidence entre les accoucheurs de la capitale, et l'accord n'était pas moins parfait avec les médecins légistes. Seule en France, l'école de Strasbourg, à qui ses nombreux services en médecine légale et en obstétrique donnaient

quelque poids dans la matière, osait protester. Déjà, en 1813, Fodéré avait résolu la question affirmativement dans son grand ouvrage. En 1816, il formula de nouveau son opinion à l'article POLICE MÉDICALE du *Dictionnaire des sciences médicales.* Enfin, en 1828, il insista plus vivement encore dans un mémoire spécial (1). En 1817, Schwœigheuser, dans un écrit publié en Allemagne, s'efforça de démontrer qu'il ne fallait pas confondre l'accouchement prématuré avec l'accouchement forcé. En 1825, il conseilla des injections tièdes (2) pour décoller les membranes.

En 1829 et en 1830, M. Stoltz, chargé de remplacer Flamant dans le cours de la Faculté, déclara qu'il partageait complétement les idées de Fodéré sur la provocation de l'accouchement avant terme, et consacra plusieurs séances à faire ressortir les avantages de cette nouvelle méthode. Dans l'une d'elles, il décrivit un instrument qu'il avait imaginé pour faire la ponction de l'œuf. Un des élèves qui suivaient assidûment ces leçons, M. G. Burchardt, interne de la clinique d'accouchements, rédigea, à l'aide des nombreux documents mis à sa disposition par M. Stoltz, une dissertation remarquable dont M. Dezeimeris, dans un brillant article du nouveau *Dictionnaire de médecine,* a reproduit les conclusions. Cette thèse, soutenue le 6 juillet 1830, sous la présidence de Fodéré, rencontra une vive opposition dans le jury d'examen. Fodéré et M. Stoltz prirent de nouveau, à cette occasiou, la défense de l'accouchement prématuré.

Mslgré tous ces efforts, l'état de la question restait toujours station-

---

(1) *Journal de la Société des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin,* 1828.

(2) M. Demons (thèse de Paris, 1838, n° 201) prétend qu'il conseillait de se servir d'injections *iodées.* Le mot d'iode n'est même pas prononcé dans les deux ouvrages suivants de Schwœigheuser :

Das Gebæren nach der beobachteten Natur und die Geburtshülfe nach dem Ergebnisse der Erfahrung ; Strasbourg, 1825.

La Pratique des accouchements en rapport avec la physiologie et l'expérience ; 1835.

naire. La cause ne devait être gagnée que lorsque l'expérience aurait parlé, c'est à M. Stoltz que revient la gloire de l'initiative. — Ursule P..., de Strasbourg, vint le consulter au septième mois de sa troisième grossesse. Ses deux premières couches avaient été laborieuses. Chaque fois, elle n'avait pu être délivrée que par la perforation du crâne. Sa taille était de 4 pieds et demi. Elle avait une double courbure de la colonne vertébrale; la hanche droite était plus élevée que celle du côté opposé, et le bassin sensiblement incliné à gauche; les jambes étaient arquées, la marche vacillante. Mesuré extérieurement avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, le pelvis présenta les dimensions suivantes : de la base du sacrum au pubis, 5 pouces 6 à 9 lignes; d'un trochanter à l'autre, 12 pouces et demi. En portant le doigt dans le vagin, on arrivait sans peine sur l'angle sacro-vertébral. L'opération fut pratiquée le deux cent trente-deuxième jour après la conception, le 27 septembre 1831. Le succès fut complet. La fièvre de lait se déclara le troisième jour. Le quinzième elle fit sa première sortie; l'enfant prenait le sein et se portait parfaitement bien.

La femme qui fait le sujet de cette observation remarquable, dont je regrette de ne pouvoir donner tous les details, mourut huit mois après de phthisie pulmonaire. M. Stoltz crut alors qu'il était temps de faire reviser, par l'Académie royale de médecine, la sentence si dure qu'elle avait prononcée en 1827. En septembre 1833, il lut devant cette compagnie l'histoire de son opérée, et, pour prouver que le rétrécissement était tel qu'il l'avait indiqué, il montra le bassin (2 pouces ¾). Une commission fut nommée pour éclairer l'Académie sur ce fait. Il ne fut pas fait de rapport, mais celui qui en était chargé, M. P. Dubois, se prononça ouvertement, un an après, en faveur de la doctrine de l'accoucheur de Strasbourg.

En 1835, M. Velpeau fit paraître la nouvelle édition de sa *Tocologie,* qu'il put intituler à bon droit *traité complet,* tant elle était riche de faits et de documents inédits. Les recherches historiques auxquelles il s'était livré avaient tellement modifié ses idées sur l'accouchement

prématuré, qu'il réfute les attaques dirigées par lui contre cette opération en 1829; puis, après avoir montré qu'elles avaient eu leur origine dans la confusion de l'avortement et de l'accouchement, il se fonde sur un fait antérieur, très-incomplet d'ailleurs, dont la date incertaine remonte à l'année 1831, pour s'attribuer, par mégarde sans doute, l'honneur d'avoir tenté le premier en France l'opération, et de l'avoir faite avec un plein succès.

Cette assertion du professeur de la Charité a été reproduite sans commentaires dans deux thèses (1) de la Faculté de Paris, et omise à tort dans deux autres dissertations (2) soutenues aussi dans la même enceinte. M. Demons seul émet un doute, et, contestant en quelque sorte l'authenticité du fait rapporté, il ne voit qu'une *prétention* de l'auteur dans la conclusion qu'il en tire. Pour nous, en abordant une question aussi délicate, nous ne ferons à M. Velpeau ni l'injure d'un soupçon, ni celle d'un honteux silence. Le simple examen des faits démontre d'une manière péremptoire que c'est par erreur que le célèbre chirurgien a annoncé un droit quelconque à la priorité dans la provocation de l'accouchement avant terme. En effet, quand M. Stoltz vint, en 1833, faire sanctionner, pour ainsi dire, son opération par l'Académie, M. Velpeau fut l'un des premiers à la justifier d'après l'aspect du bassin de l'opérée; mais il ne fit pas mention de celle qu'il avait pratiquée, et que M. P. Dubois ignorait aussi, car il n'en parle pas dans sa thèse de concours (3). M. Velpeau s'oublie lui-même dans la statistique si complète qu'il nous a donnée de tous les cas connus de l'accouchement prématuré, et inscrit, sans réflexion aucune,

---

(1) Banchereau (thèses de Paris, 1836, n° 8), Mathieu (thèses de Paris, 1839, n° 98).

(2) Thiébaut (thèses de Paris, 1837, n° 99), Betbeder (thèses de Paris, 1837, n° 323).

(3) *Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire?* (15 mai 1834.)

le fait de son confrère de Strasbourg. Et puis, il faut le dire, cette observation, invoquée comme un titre à la priorité, ne contient pas tous les éléments d'une solution qui lui soit favorable. « Madame Tarlet, dit M. Velpeau, que Desormeaux, M. Deneux et moi, n'avions pu délivrer que par la céphalotomie en 1825, que j'avais délivrée deux autres fois depuis par le forceps ou par la version d'enfants morts, près de laquelle un autre praticien n'avait pas été plus heureux dans une quatrième couche, éprouvant *quelque gêne* au commencement du huitième mois d'une cinquième grossesse, s'empressa de me faire appeler. La circonstance me parut heureuse. Je parvins à décoller, puis à rompre les membranes. Le travail, encore incertain dans la journée, se déclara franchement le troisième jour : c'était une position du pelvis. Les pieds descendirent; la tête ne céda qu'à des tractions assez fortes, mais j'amenai l'enfant vivant. »

S'agit-il bien ici d'une parturition provoquée par l'art ? n'est-ce pas plutôt, comme le dit M. Stoltz, « un accouchement prématuré *commencé par la nature*, et dans lequel M. Velpeau est intervenu *sans préméditation* » (1)? Le travail, en effet, était commencé, puisqu'on n'eut pas besoin de dilater le col pour aller décoller et rompre les membranes; il était incertain, dit l'auteur; donc il était déjà entrepris par la nature et ne fut pas provoqué par l'art. L'occasion de le hâter fut saisie avec bonheur, soit; mais elle ne fut point prévue, et aucune manœuvre ne la prépara et ne la fit naître. D'ailleurs, quelles étaient les dimensions du bassin? quelle fut la marche du travail? l'enfant, né plein de vie, survécut-il? Et la mère, que devint-elle? eut-elle à redouter les suites de l'opération?

Que M. Velpeau nous pardonne d'avoir tant insisté sur la valeur réelle de son observation, elle a sans doute son importance comme une preuve de l'habileté de l'auteur dans un cas difficile; mais nous

---

(1) Stoltz, *Mémoire et observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans le rétrécissement du bassin ;* Strasbourg, 1835.

ne saurions voir, dans une délivrance dont la nature avait fait les premiers frais, un exemple d'accouchement provoqué par l'art. Enfin, à une époque où les questions de priorité ont acquis une si grande importance, nous eussions été coupables de ne pas dire librement notre pensée. L'histoire n'est point un résumé purement chronologique des faits : en les enregistrant, elle a encore le droit d'en discuter la valeur.

Depuis la publication du *Traité complet de l'art des accouchements*, M. Villeneuve de Marseille a pratiqué avec succès l'accouchement prématuré (1836). J. Hatin, qui avait condamné en 1832 cette doctrine, la proclame bonne et utile peu d'années après. Dugès fait aussi un retour sur lui-même, et veut bien croire qu'il est utile de la favoriser dans quelques cas. M. Cazeaux, dans son excellent livre, en expose avec sagacité les avantages, et y donne son adhésion pleine et entière. Le professeur Moreau l'admet, mais avec certaines restrictions; toutefois il avoue ne pas comprendre « que ce qui est un devoir dans un cas puisse devenir un crime dans un autre, quand il n'y a qu'une assez légère différence, et qu'au fond le but est le même. » Enfin, M. Chailly, l'auteur du traité d'accouchement le plus récent, déclare que l'accouchement prématuré est désormais acquis à l'art obstétrical.

L'école de Lyon n'est pas restée en arrière des hommes distingués que je viens de citer. Un de nos maîtres, M. Nichet, professeur d'accouchements à l'École préparatoire, n'a cessé d'enseigner dans ses leçons tout ce qui est relatif à la provocation de l'accouchement. Il l'a pratiqué une fois à l'hospice de la Maternité, le 18 août 1840, avec un succès complet, chez une primipare, après avoir pris l'avis de deux médecins d'un grand mérite, MM. Imbert et Polinière, qui constatèrent, comme lui, que le bassin était régulier, mais rétréci d'environ 1 pouce dans tous ses diamètres. Cette observation intéressante a été communiquée avec tous ses détails par M. Nichet à son ami le professeur de Strasbourg. M. Bouchacourt, dans son voyage médical en Allemagne, a donné des détails instructifs sur les procédés de Kilian,

de Meissner et de Schœller. Enfin, M. Pétrequin (1), dans un ouvrage où l'obstétricie a une large part, a consacré à l'accouchement prématuré un chapitre où les indications sont bien résumées.

Dans un nouveau mémoire, publié en 1843 (2), M. Stoltz, après avoir résumé tout ce qui s'était passé en France depuis son premier travail, fait l'énumération des cas qui appartiennent aux accoucheurs français. Outre l'observation du professeur de Lyon, les *considérations nouvelles* contiennent *in extenso* deux faits tirés de la pratique de l'auteur. Le premier est un succès complet; dans le second, la mère et l'enfant ont succombé: la femme qui en fait le sujet avait déjà accouché sept fois, et toujours malheusement, à part une seule fois, où la parturition se fit dans le courant du neuvième mois; le travail était extrêmement long et pénible, les enfants mouraient avant de voir le jour. Enceinte pour la huitième fois, et désolée de cette déplorable fécondité qui lui présageait de nouvelles souffrances, elle demanda à M. Stoltz un moyen de les éviter. Après avoir examiné très-attentivement le bassin, dont le plus petit diamètre parut n'être que de 3 pouces et demi, il conseilla l'accouchement prématuré, qui, à cause du peu d'étroitesse présumée, ne fut provoqué qu'à la fin du huitième mois. Le travail fut très-pénible, l'enfant fut extrait mort par la version; la mère eut une hémorrhagie qui se renouvela plusieurs fois : elle mourut quatre jours après sa délivrance. A l'autopsie, on trouva une déchirure de la paroi supérieure du vagin. Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur était plus court qu'on ne l'avait supposé: la différence tenait à une *excroissance osseuse* en forme de crête placée au tiers supérieur de la partie postérieure de la symphyse pubienne que le doigt explorateur n'avait pu atteindre.

Ce fait a été jugé très-sévèrement par l'habile critique de la *Gazette médicale de Paris,* qui, ne jugeant que par le résultat, donne tort à

---

(1) J.-E. Pétrequin, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*; 1844, p. 501.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1842, p. 209, et 1843, p. 13.

l'opérateur (1). Le lecteur est d'autant plus disposé à sanctionner cette interprétation, qu'il est difficile d'exprimer un blâme avec plus de convenance et de modération. Tout en rendant justice au rédacteur de la *Gazette*, je ne saurais approuver le point de vue auquel il s'est placé. Il n'a considéré que le résultat : c'est, dit-il, la route *la plus sûre :* oui, pour le public qui juge *a posteriori*. Mais l'opérateur, qui est forcé de se décider à l'avance, doit embrasser le parti *le plus logique ;* et sous ce rapport, le professeur de Strasbourg n'est pas en défaut. Sur sept couches, sa malade en avait eu six laborieuses; une seulement avait été heureuse, parce que l'enfant était venu avant terme. M. Stoltz se guidait sur cet heureux antécédent et sur l'innocuité de l'opération, pour n'avoir pas toujours à offrir à la mère le cadavre d'un enfant. Malheureusement il existait un obstacle qui augmentait encore le rétrécissement, et que n'avait pu reconnaître l'exploration la plus minutieuse. Le travail a été hérissé de difficultés : il y a eu déchirure du vagin, hémorrhagie; la mère et son produit ont péri. Si on eût attendu, le volume de l'enfant aurait augmenté, l'excroissance osseuse aurait aussi fait des progrès, et alors les accidents n'eussent pas été moins graves que dans le premier cas. En résumé, théoriquement et en apparence, le critique a raison, mais il n'est pas un accoucheur qui eût songé à blâmer la conduite de son confrère; et, pour me servir d'une des remarques judicieuses qui se trouvent dans l'argumentation que je combats, il n'y aurait vu qu'une des *complications dont la pratique abonde* (2).

---

(1) *Gazette médicale*, 1843, p. 418.

(2) A côté de ce fait, il importe de rappeler l'observation si remarquable citée par Naegelé dans son premier ouvrage (Manheim, 1812). Une femme avait mis au monde cinq enfants forts et bien portants, son sixième était venu mort, et elle n'avait pu donner le jour au septième qu'en subissant l'opération césarienne, à laquelle elle avait succombé. Une sourde rumeur accusa l'accoucheur d'avoir, par une opération inutile, causé la mort de cette femme. L'autorité se vit bientôt obligée, pour mettre fin à ces clameurs, d'ordonner une expertise, qui

L'observation communiquée en 1840 par M. P. Dubois est la septième qui appartienne à la France. Ce professeur avait parlé trop clairement des indications qui réclament l'accouchement prématuré, pour ne pas le mettre en pratique dès qu'il en aurait reconnu l'utilité. La femme qu'il opéra était une naine, âgée de vingt-trois ans, enceinte pour la deuxième fois, et chez laquelle on avait été obligé, pour la délivrer, de recourir une première fois à la perforation du crâne de l'enfant. Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal n'avait pas plus de 3 pouces. On provoqua l'accouchement au huitième mois : le succès fut complet. Suivant M. Capuron, on aurait pu se dispenser de l'opération; sans elle, l'enfant serait venu aussi bien à terme; et à l'appui de sa proposition, il cita l'histoire d'une femme qui, n'ayant pas 3 pieds de hauteur, accoucha néanmoins d'un enfant bien développé dont la tête mesurait 9 pouces de longueur. La compression exagérée qu'elle avait éprouvée au passage n'avait pas empêché l'enfant de vivre et de se développer. Sur l'interpellation de M. Dubois, son

---

fut confiée au professeur Naegelé. Le bassin était tellement déformé, par suite de l'ostéomalacie, qu'il présentait les dimensions suivantes : la distance qui s'étendait de la branche horizontale du pubis gauche, enfoncée vers l'excavation, au corps de la quatrième vertèbre lombaire; qui se trouvait en face et sur le même niveau, était de 2 l. ½. La même distance du côté opposé était de 6 l. ½. Le sacrum était si recourbé sur lui-même que sa hauteur n'était que de 16 l. De son sommet au point d'union de la première et de la seconde vertèbre sacrée, il y avait 10 l. ½. La paroi antérieure du bassin était dans son ensemble portée en haut, la postérieure en bas. C'est ce qui faisait que le bord supérieur de la symphyse était au niveau du bord antérieur de la surface supérieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire. Les côtés de l'arcade pubienne convergeaient en bas, au point de n'être plus séparés en cet endroit que par un intervalle de 3 l. Les os semblaient avoir été comprimés d'avant en arrière, et présentaient une gouttière dirigée de dehors en dedans, et se terminant en bas par une pointe.

J'ai pu vérifier ces dimensions sur le bassin lui-même, qui fait partie de la belle collection de M. Naegelé. J'aime à saisir cette occasion pour remercier le célèbre professeur de l'accueil paternel que j'ai reçu de lui.

adversaire donna l'étendue des diamètres de la mère, mais non ceux de l'enfant (1). Etait-ce moins important? Desormeaux, en parlant de cas semblables, dit que les enfants étaient petits, et que chez eux l'ossification était peu avancée. Ces cas, d'ailleurs, sont des exceptions à la règle générale, à moins qu'on ne veuille admettre, avec A. Leroy, que le fœtus peut se mouler comme de la pâte dans une filière. Un fait constant, dit Baudelocque, c'est que, sur cinq cents enfants, à peine en sauverait-on un, le bassin ayant même près de 3 pouces. « On ne doit jamais, dit madame Lachapelle, compter, en pareil cas, sur la réduction du volume de la tête, soit par un aplatissement graduel, soit par une dépression des os du crâne. Ces deux procédés de la nature ne peuvent qu'être préjudiciables à la mère et à l'enfant, à cause de la durée de l'accouchement et des contusions qu'éprouvent les parties de la mère et la tête du fœtus. »

Il est inutile d'insister plus longtemps sur des choses que personne n'ignore. D'ailleurs, dans cette discussion soulevée à propos du fait de M. Dubois, M. Capuron, loin de retrouver cette sympathie que ses arguments avaient rencontrés jadis, se trouva, cette fois, seul de son avis : c'est que l'accouchement prématuré avait passé des livres dans l'enseignement et dans la pratique. Ses adversaires n'ont plus qu'un rôle, c'est de veiller à ce qu'on n'aille pas au delà des limites que l'observation a posées. Mais la prudence, la bonne foi et l'habileté des hommes chargés en France d'initier les jeunes médecins à l'art des accouchements, sauront les prévenir contre ces excès qui compromettent si souvent les meilleures choses. Et si, contre leur attente et malgré leurs efforts, quelques enthousiastes exagéraient les avantages de la méthode qu'ils ont sanctionnée, et justifiaient, du moins en apparence, les craintes de ses adversaires, on ne devrait y voir qu'un abus. Et de même que le mercure et le quinquina, malgré d'imprudentes tentatives, n'en sont pas moins regardés comme des

---

(1) Académie royale de médecine, séances des 10 et 17 mars 1840.

moyens héroïques, la provocation de l'accouchement avant terme a droit aussi à la même prérogative.

II.

QUELS SONT LES CAS QUI INDIQUENT LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ LORSQUE LE BASSIN EST DÉFORMÉ?

Si l'on veut poser nettement l'indication de l'accouchement prématuré dans les cas de vices de conformation du bassin, il est de toute nécessité d'établir des limites précises, en deçà et au delà desquelles il serait imprudent ou inutile d'avoir recours à l'opération. L'oubli de ces limites explique surabondamment pourquoi la parturition provoquée est si souvent suivie d'insuccès en Angleterre, où on la pratique dans des cas de viciation exagérée du bassin, et pourquoi elle est si fréquemment employée sans utilité en Allemagne, où on la pratique au contraire dans des cas de bassins presque bien conformés. De part et d'autre on cède à un entraînement qui rappelle la confiance aveugle des *symphysiens* et des *césariens*. Le souvenir de ces débats devrait nous rappeler que l'art et l'humanité ne gagnent rien à cet excès de zèle. « Qu'on ne s'y trompe point, dit M. P. Dubois, l'opération césarienne ne saurait être remplacée par l'accouchement prématuré artificiel; chacune de ces opérations, comme la symphyséotomie, comme l'embryotomie, a ses indications spéciales » (1).

Le bassin peut être rétréci : 1° par arrêt de développement; 2° par vice de conformation; 3° par obstruction. Dans la première espèce, l'étroitesse est congénitale et consiste dans la diminution de tous les diamètres. Dans la deuxième, l'étroitesse est toujours relative, mais il

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1840, p. 174. Compte rendu de la séance de l'Académie royale de médecine du 10 mars 1840.

importe de savoir si elle est due au rachitisme ou à l'ostéomalacie. La déformation par rachitisme une fois produite reste stationnaire, tandis que dans le second cas elle augmente sous l'influence de la cause incessante qui lui a donné naissance.

Les rétrécissements par obstruction, dit M. P. Dubois, sont formés par des tumeurs qui peuvent appartenir à la charpente osseuse du bassin, à la portion des organes digestifs ou urinaires qui sont renfermés dans le bassin, ou au tissu cellulaire du canal lui-même. D'autres fois, l'obstacle vient de calculs vésicaux, de tumeurs fibreuses ou de kystes, développés dans la cloison vésico-uréthro ou recto-vaginale. Il n'est pas rare non plus de voir le bassin rétréci par des tumeurs appartenant aux organes générateurs, comme des polypes ou des excroissances carcinomateuses. On a vu aussi quelquefois les ovaires obstruer le détroit supérieur par leur développement.

La grossesse compliquée de tumeurs intra-pelviennes est encore plus fâcheuse que celle qui est rendue difficile par un bassin trop étroit. Dans ce dernier cas, l'accoucheur expérimenté peut presque toujours arriver à déterminer le dégré de l'angustie pelvienne. Mais lorsque ce sont des tumeurs qui ont diminué le canal que l'enfant doit traverser, la difficulté d'appréciation est, dans la plupart des cas, insurmontable, et en outre la vie de la mère peut être compromise, par suite du développement et des diverses transformations de ces produits anormaux. C'est cette difficulté dans le diagnostic, et surtout l'embarras de l'homme de l'art, qui faisait dire à Merriman : « Les tumeurs intra-pelviennes offrent beaucoup de doutes, tant sur leur nature que sur le meilleur parti à prendre pour achever l'œuvre de la nature ; c'est là un point de la plus haute importance, sur lequel doit être dirigée l'attention des accoucheurs, afin de trouver des principes rationnels et sûrs qui règlent la conduite des praticiens en pareille occasion. » Le professeur Ashwell, de Londres, a répondu le premier à l'appel de son illustre compatriote ; il a publié en 1837, dans le *Guys' hospital reports,* un mémoire dans lequel il expose le résultat de sa pratique sur ce point. Dans tous les cas de grossesse compliquée de

tumeurs qu'il a observés, l'autopsie lui a démontré que la matrice était saine, c'est-à-dire qu'à part la tumeur, le reste de l'utérus n'était pas malade. Suivant lui, l'accouchement prématuré artificiel fournit, dans beaucoup de cas, la seule chance de salut pour la mère et son fruit, comme le prouvent, du reste, plusieurs observations qui terminent son travail.

Un autre médecin anglais, John Lever, a publié en 1842, dans le même recueil, des recherches intéressantes sur les tumeurs du bassin, considérés comme obstacle à l'accouchement. L'auteur comprend dans ce cadre toutes les tumeurs qui peuvent empêcher ou retarder la parturition. Les trente-trois observations qu'il relate, et les réflexions qui les accompagnent, ainsi que les considérations générales qui précèdent, sont empruntées à divers auteurs. Il a surtout mis à contribution la monographie de Puchelt fils, de Heidelberg, qui a paru en 1840, sous le patronage de son maître, le professeur Naegelé. Cette œuvre remarquable, à qui M. Danyau a assigné la place qu'elle méritait, est un type de cette érudition riche et sévère qui rend si précieux les travaux allemands.

A. Les bassins retrécis par arrêt de développement, et surtout ceux qui le sont par rachitisme, sont sans contrédit les plus fréquents parmi ceux qui sont viciés. Dans ceux de la première catégorie, l'examen ne présente rien de particulier, et la provocation de l'accouchement se trouvera indiquée toutes les fois que la diminution de sa capacité ne dépassera pas certaines limites que je donnerai plus loin.

Dans les bassins rachitiques, la déformation a presque toujours lieu dans la partie supérieure, et principalement dans le sens du diamètre sacro-pubien. Lorsqu'on examine un bassin de ce genre, il ne faut pas, comme on le fait trop généralement, se borner à reconnaître l'étendue de l'espace qui s'étend de l'angle sacro-vertébral à la symphyse du pubis, parce qu'on peut avoir affaire à un de ces bassins signalés par le professeur Naegelé, dans lesquels l'ampleur d'un côté supplée au retrécissement de l'autre.

Et si, dans le premier cas, il y a une circonstance qui contribue puissamment au succès de l'accouchement avant terme, c'est que, comme le dit M. Stoltz, la nature, dans ces cas d'étroitesse, dispose le plus souvent la tête d'une manière favorable en mettant son petit diamètre en rapport avec le plus court du bassin. Aussi, pour savoir à quelle époque de la grossesse il faut provoquer l'accouchement, doit-on calculer exactement le rapport entre le diamètre bi-pariétal du fœtus et le sacro-pubien de la mère (1).

Ce n'est point ici le lieu de discuter ce qu'il convient de faire dans les différents degrés d'étroitesse de la cavité pelvienne. Dans ces cas épineux et difficiles, on doit avoir présent à la mémoire les préceptes donnés par M. P. Dubois. Je ne dois mentionner ici que les limites entre lesquelles on peut atteindre le but qu'il faut toujours se proposer dans la parturition avant terme, et qui est de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Lorsque le plus petit diamètre de la mère a 2 pouces 9 lignes au moins, si la femme n'attend pas le dernier moment pour réclamer le secours de l'art, l'accoucheur peut choisir entre deux moyens : le système débilitant et la provocation de l'accouchement prématuré.

Le système débilitant était très-usité pendant le siècle dernier dans la pratique populaire. Brunninghausen l'a recommandé un des premiers dans les retrécissements du bassin. Baudelocque a combattu cette manière de voir. Il est allé trop loin, et semble avoir oublié que le médecin allemand avait conseillé non pas seulement le régime, mais aussi les saignées, les purgatifs, etc. On trouve dans le mémoire de M. Stoltz l'histoire d'un charlatan qui se fit une grande réputation à Vienne en préconisant ce mode de traitement. Kluge, à Berlin, s'en sert comme méthode préparatoire à l'accouchement provoqué. M. Moreau, en France, la recommande judicieusement dans les retrécissements qui ont seulement quelques lignes ; mais il compte peut-être un

---

(1) Voir le chapitre sur les *conditions préliminaires de l'opération*.

peu trop sur lui, si j'en juge du moins par quelques réflexions sur ce point de doctrine, publiées en 1838 par M. Bouchacourt; car il n'est pas rare de voir des femmes misérables et chétives donner le jour à des enfants très-volumineux, tandis que d'autres bien constituées ne produisent que de véritables avortons.

Aussi doit-on toujours préférer au système débilitant l'accouchement prématuré avant terme, dont l'emploi est fondé sur ce que : 1° la tête d'un fœtus, dans le septième et le huitième mois, est plus petite, plus molle et plus compressible que celle d'un fœtus à terme; 2° que des enfants nés à cette époque de la grossesse, même à travers un bassin mal conformé, ont très-souvent atteint un âge avancé; 3° que des accouchements prématurés de ce genre n'entraînent pas plus de dangers pour la mère que des accouchements ordinaires.

Les accoucheurs ne sont pas d'accord sur les limites dans lesquelles on doit opérer. Froriep et Carus n'en donnent point; ils se contentent de dire qu'il faut devancer le terme de la parturition toutes les fois que l'expérience a démontré que le bassin est assez étroit pour ne pouvoir être traversé par un fœtus vivant. Ritgen veut qu'on y ait recours de 3 pouces à 3 pouces ½; les Anglais commencent à 2 pouces ½. Dans le premier cas, on empiète sur le domaine du forceps; dans le second, sur celui de l'opération césarienne. De là aussi les succès des uns et les revers des autres. Pour M. Stoltz, le *minimum* est 2 pouces ¾; le *maximum*, 3 pouces ¼. Il recommande de provoquer, dans le retrécissement le plus considérable, les contractions de la matrice à la fin du septième mois, et au milieu du neuvième dans le moins considérable. Plus on se rapproche du terme, et moins il y d'inconvénients pour la mère et pour l'enfant.

MM. Dubois et Kilian ne veulent pas non plus que l'opération soit entreprise au-dessous d'une certaine limite; mais dans les rétrécissements les moins considérables, ils ne reconnaissent aucun terme précis à la possibilité de son application. Suivant eux, c'est l'observation attentive des phénomènes d'un accouchement antécédent qui doit déterminer cette limite. Ces deux professeurs distingués font remarquer

qu'il y a des femmes dont le bassin extrêmement étroit laisse passer, avec de très-grandes difficultés sans doute, et avec de très-grands efforts, mais enfin laissent passer des fœtus arrivés à leur maturité. Il en est d'autres dont le bassin, évidemment moins rétréci, ne peut jamais être traversé par un fœtus à terme que quand on a fait la perforation du crâne. C'est que les premières créent des enfants d'un petit volume, et que les secondes, outre le malheur d'avoir un bassin rétréci, ont celui de faire des enfants très-volumineux. D'après cette manière de voir, la limite supérieure cesse d'être nécessaire, parce qu'elle ne peut être toujours la même. Ainsi, Kluge se trouva une fois dans la nécessité de perforer le crâne d'un fœtus de trente-six semaines, quoique le bassin dont l'étroitesse avait motivé l'accouchement prématuré eût cependant 3 pouces ½.

B. Quand la déformation du bassin a été produite par une ostéomalacie, il est impossible de poser une indication quelconque, car la cause perturbatrice est incessante; et vouloir déterminer d'avance la conduite à tenir, serait s'exposer à de cruels mécomptes. En général, le bassin est tellement défiguré, par suite du ramollissement de sa totalité, que l'espace qu'il présente est rarement suffisant pour permettre la sortie de l'enfant même avant l'époque de la viabilité; aussi l'opération césarienne est à peu près la seule ressource que nous ayons dans ces cas. Et ce qu'il y a de singulier, c'est que le ramollissement, cause première de la déformation, peut persister et permettre d'élargir de nouveau la cavité pelvienne. J'emprunte à M. Stoltz quelques-uns des cas qu'il a recueillis sur ce phénomène remarquable. — Noury vit l'accouchement se terminer *spontanément et à terme* par la dilatation du bassin dans un cas où l'opération césarienne avait été jugée nécessaire, et allait être pratiquée. — James Barlow délivra au moyen de la version, au commencement du huitième mois de la grossesse, une femme dont le bassin était tellement étroit, par suite d'ostéomalacie, que l'on pouvait à peine faire passer un doigt entre les ischions; en introduisant la main, les os s'écartèrent. — Ritgen, se fiant à cette di-

latabilité, a provoqué l'accouchement prématuré dans un cas où les tubérosités sciatiques se touchaient. Il fit la ponction de l'œuf au milieu du huitième mois, et donna 25 centigrammes de seigle ergoté tous les cinq quarts d'heure. Douze heures après l'opération, la tête du fœtus s'engagea dans le bassin. A chaque contraction, les ischions s'écartaient l'un de l'autre. Bientôt la tête fut visible à la vulve; enfin elle franchit le détroit inférieur seize heures après l'écoulement des eaux. Les épaules rencontrèrent encore de la résistance, mais on parvint facilement à la vaincre. La mère se rétablit, mais l'enfant expira une heure après sa naissance.

Quoique le succès ait justifié la hardiesse et la conduite du chirurgien dans ces cas difficiles, il faut se garder d'en tirer une conclusion trop absolue. On doit comprendre sans peine que cette dilatabilité n'existant pas toujours, et que le degré d'écartement qu'elle peut donner lorsqu'elle existe étant impossible à déterminer d'avance, l'accouchement prématuré ne saurait être indiqué. Il ne faudrait pas s'abuser non plus sur la facilité avec laquelle les doigts introduits dans le vagin pourraient éloigner les deux ischions l'un de l'autre, parce qu'on ignorera si la tête pourra se frayer une issue à travers l'ouverture supérieure.

C. On doit presque avoir la même réserve lorsqu'il y a obstruction du pelvis par des tumeurs; et si l'on croyait que cette défiance est exagérée, la lecture du mémoire de Puchelt suffirait pour la justifier. Tout ce qu'on peut dire d'avance, c'est que si ces tumeurs sont fixes et résistantes, le rétrécissement qu'elles produisent peut être assimilé, suivant son degré, à celui qui est le résultat de la déformation des os, et dès lors les indications thérapeutiques sont les mêmes. Quand les tumeurs qui diminuent la capacité du bassin sont mobiles et n'appartiennent pas au tissu osseux, mais aux parties environnantes, il est impossible de dire à l'avance ce qu'on peut attendre de la provocation de l'accouchement prématuré. M. Ashwell, qui a préconisé cette opération dans ces cas, se contente de dire que c'est une res-

source précieuse dans beaucoup de circonstances, que du reste il n'indique ni ne précise. On ne peut pas exiger que je sois plus explicite que le praticien de Londres.

III.

DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LES CAS DE MALADIES GRAVES DE LA FEMME.

Il n'est pas facile, dit M. Dezeimeris, de se prononcer sur la question de savoir si les maladies qui mettent dans le danger de mort le plus imminent une femme enceinte de sept à huit mois, ne fournissent pas une indication formelle de provoquer l'accouchement. En attendant que l'expérience ait répondu, on ne doit point oublier les exemples d'accouchements précoces spontanés qu'on a vus plus d'une fois rappeler en quelque sorte à la vie et la mère et l'enfant dont on attendait le dernier soupir. Si, dans ce cas, l'avertissement de la nature n'a pas rencontré parmi les praticiens la même confiance que dans les vices de conformation du bassin, cela tient à ce qu'on ne peut pas déterminer, comme dans cette dernière circonstance, les limites dans lesquelles l'imitation est possible. En effet, dans la mauvaise conformation du pelvis, que la difformité soit primitive ou accidentelle, s'il y a des difficultés, elles ne sont pas insurmontables. Mais, dans les maladies graves, l'indication n'a plus ce caractère de précision; elle est indécise, réclame un tact exercé, et réside presque tout entière dans le génie de l'accoucheur. L'irrésolution, si naturelle en de telles circonstances, explique en grande partie pourquoi la plupart des médecins n'ont jamais osé user de cette ressource extrême, et pourquoi quelques-uns ont qualifié de téméraire la conduite de Lovati, de Duclos, de Siebold. D'autres justifient leur confiance illimitée dans la nature par les ressources illimitées aussi qu'ils lui ont vu déployer en pareille occurrence. Pendant mon séjour à la Maternité de Lyon, j'ai eu occasion d'observer un certain nombre de femmes atteintes d'affections

très-graves, telles que lésions essentielles des organes de la circulation et de la respiration, rhumatisme articulaire aigu, etc.; et, chose remarquable, dans tous ces cas l'accouchement se fit non-seulement sans offrir plus de difficultés, mais, par une sorte de compensation, les douleurs étaient moins fortes et le travail abrégé. Comme je témoignai mon étonnement à M. Colrat, chirurgien en chef, cet excellent maître me fit remarquer que cette innocuité de la parturition, que je regardais comme une exception, était un fait très-ordinaire pour lui. A la Maternité ou dans la pratique privée, il n'a jamais observé un seul cas de ce genre qui l'ait obligé à sortir d'une sage réserve. Toutefois, malgré ces chances heureuses, il ne nie pas qu'il ne puisse se présenter des cas où il faille sortir de l'expectation. C'est sans doute dans cet ordre de faits qu'il faudrait placer l'exemple suivant, dont j'ai été témoin à l'hôtel-Dieu. Il s'agit d'une femme affectée de maladie organique du cœur et arrivée au huitième mois de sa grossesse. Elle était en proie à une dyspnée extrême, qui rendait le décubitus impossible; il y avait en même temps infiltration considérable des membres inférieurs. La mort arriva quelques jours avant le terme, au milieu d'atroces souffrances. Eh bien, je le demande, n'était-ce pas là une indication évidente de débarrasser l'utérus, dont le développement gênait la respiration et la circulatiou, déjà si gravement compromises?

Des cas semblables à celui que je viens de citer sont moins rares qu'on ne pense, et, pour éclairer les doutes qu'ils peuvent faire naître, j'ai cru qu'à défaut d'observations personnelles je devais invoquer l'histoire, qui est pour celui qui commence ce que l'expérience est pour ceux qui ont vieilli dans la pratique.

Depuis longtemps on avait entrevu la nécessité d'intervenir dans certains cas avant la fin de la grossesse, lorsque la mère et son fruit sont en péril. C'est ainsi que Louise Bourgeois, dans ses *Observations diverses*, conseille, lorsqu'il y a hémorrhagie, de délivrer *forcément*. C'était aussi pour remédier à cet accident que Puzos modifia le procédé de cette sage-femme. La même pratique a été recommandée et

mise en usage par des accoucheurs d'un grand mérite, dans les cas d'éclampsie. Je ne reviendrai par sur la distinction que j'ai cherché à établir ailleurs entre l'accouchement *forcé* et l'accouchement *prématuré*. Je veux seulement constater l'utilité, déjà reconnue par les anciens, de la nécessite de débarrasser l'utérus dans quelques accidents graves.

Suivant Reisinger, c'est Haighton, de Londres, qui a eu la première idée de provoquer l'accouchement dans les cas de maladie pendant la grossesse. Merriman en fait honneur à un chirurgien qu'il ne nomme pas, et qui l'aurait provoqué chez une malade affectée de vomissements si opiniâtres qu'elle faillit périr: le succès fut complet. Conquest conseille l'opération dans le même cas, et croit que c'est aussi une précieuse ressource dans l'affaiblissement extrême qui accompagne quelquefois les derniers temps de la grossesse. Merriman croit, au contraire, qu'une maladie dangereuse est une contre-indication de l'opération. Il aurait raison, si elle devenait plus grave encore par le fait même de la parturition; mais il y a des cas, dit Ingleby, où la grossesse est un obstacle à la guérison.

En Allemagne, on a depuis longtemps recours à la provocation de l'accouchement dans les cas de maladie; mais on n'osa pas tout d'abord s'en flatter, comme le fait entendre Weidmann, dans son ouvrage *de Forcipe obstetricio*. Je tiens du professeur Naegelé, que Mai, qui n'avait jamais provoqué l'accouchement dans les déformations pelviennes, avait obtenu un beau succès chez une femme atteinte d'un anévrysme de l'aorte arrivé à sa dernière période. Klesch disait, en 1824, qu'il faut recourir à l'accouchement prématuré: 1° dans les cas où la vie de la mère serait en danger par suite d'une maladie grave; 2° dans les maladies qui seraient produites ou aggravées par la grossesse; 3° dans celles qui nécessitent un traitement très-énergique nuisible au fœtus.

En Italie, Th. Lovati a eu un brillant succès qui est devenu célèbre, et qui a été diversement interprété. Je crois devoir le rappeler ici.

Ire OBSERV. — Une jeune fille de dix-sept ans, nerveuse et d'une constitution faible, eut une grossesse extrêmement pénible; des vomissements continuels et des convulsions très-souvent répétées, que rien ne put arrêter, firent craindre, vers le septième mois, que la jeune mère ne pût atteindre la fin de la gestation. Les congestions cérébrales renouvelées à chaque accès inspiraient les plus vives inquiétudes; les saignées n'étaient plus possibles à cause de la faiblesse extrême de la malade, et les antispasmodiques restaient sans effet. Cependant, au milieu des orages du système nerveux, l'utérus était resté calme, et aucune douleur ne s'y faisait sentir. Il fut décidé, nonobstant, qu'on provoquerait l'accouchement. Le 13 novembre 1830, il fut pratiqué à la clinique de Pavie, au moyen de la ponction qui évacua en totalité les eaux de l'amnios. Trente heures après, un travail régulier s'établit, troublé seulement par quelques faibles manifestations éclamptiques, et la malade mit heureusement au monde un enfant de huit mois. Avec la parturition, s'évanouirent, comme par enchantement, les convulsions générales et celles de l'estomac, si anciennes et si opiniâtres. L'accouchée sortit de la clinique complétement guérie.

En France, Fodéré appela le premier l'attention sur ce point. Selon lui, la pratique de l'accouchement provoqué doit s'étendre à tous les cas où on a des raisons de craindre pour la mère et pour l'enfant, en attendant le terme fixé par la nature. Et il indique, outre l'hémorrhagie utérine, contre laquelle la nécessité d'intervenir n'est plus une question : 1° toutes les hémorrhagies nasales, pulmonaires qui n'ont cédé à aucun moyen; 2° les altérations des gros vaisseaux. 3° Il veut aussi qu'on intervienne lorsque la femme est éminemment frêle et nerveuse, qu'elle vomit sans cesse tous ses aliments, et que les progrès du dépérissement font appréhender une catastrophe.

En 1827, à propos d'une femme menacée de suffocation, et qui dut son salut à une délivrance prématurée, M. Costa demanda à l'Académie de médecine si on ne pourrait pas, dans des accidents semblables, mettre à profit ce salutaire avis de la nature. On sait comment fut accueillie cette judicieuse proposition. En 1835, M. Velpeau

s'occupa de cette question délicate. Suivant lui, il devrait en être de même de toutes les maladies qui, vers les derniers temps de la grossesse, peuvent avoir une issue funeste, comme des accidents graves qui surviennent avant ou pendant le travail ; « S'il est admis, dit-il, qu'on doit aider la femme dans le second cas, je ne vois pas pourquoi on la laisserait sans secours dans le premier. Avec l'accouchement prématuré, l'enfant peut vivre; si la mère meurt avant le terme, son fruit périra en même temps, presque dans tous les cas. » Nous citons avec d'autant plus de plaisir ces paroles, qu'elles font regretter que leur auteur n'ait pas donné plus de développements à une question qu'il avait si bien comprise. C'est pour combler cette lacune, qui se trouve dans le livre le plus complet que nous possédions sur l'art des accouchements, qu'en 1836 un élève de la Faculté de Strasbourg, dans une thèse remarquable et digne de l'école célèbre à laquelle elle appartient, se proposa d'examiner s'il existe d'autres cas que les rétrécissements du bassin, qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer la parturition avant le terme naturel de la grossesse. D'après M. Ferniot, les accidents qui, outre les bassins viciés, peuvent nécessiter la provocation de l'accouchement, sont de trois sortes.

1° Les phénomènes de la grossesse peuvent, en s'exagérant, se transformer en véritables maladies. Ces phénomènes sont les uns locaux, les autres généraux ou sympathiques. Les premiers passent le plus souvent sans orage, mais les seconds peuvent, par leur persistance, acquérir un caractère de gravité qui pourra rendre très-fâcheux le pronostic; alors que fera l'accoucheur, si les moyens les plus rationnels ne sont que palliatifs ? L'effet subsiste sous l'influence incessante de la grossesse, et la seule ressource qui reste à la disposition de l'homme de l'art n'est-elle pas l'expulsion prématurée de l'œuf ? A quoi donc tiennent, si ce n'est à la gestation elle-même, le vomissement, la dyspnée, la toux, la défaillance, les syncopes, qui redoublent souvent d'énergie, à mesure que la femme approche de son terme ?

2° Outre ces phénomènes exagérés de la gestation, il y a des affec-

tions intercurrentes qui ont leur source dans l'état où la malade se trouve. Les deux plus terribles sont l'hémorrhagie et l'éclampsie. Dans ces deux cas, presque tous les médecins veulent qu'on vide la matrice, et conseillent, pour arriver à ce but, de faire l'accouchement forcé. Il est facile de substituer à cette opération, quelquefois dangereuse, l'accouchement prématuré, sauf à dilater forcément le col de la matrice, si les circonstances l'exigeaient.

3° Dans la troisième section, M. Ferniot range certaines maladies aiguës ou chroniques antérieures à la grossesse, ou se développant pendant sa durée.

L'influence réciproque des maladies sur la grossesse et de celle-ci sur les maladies n'a été niée par personne. « *Puer vivit de matre in utero et quali mater sanitate prædita est, talem etiam puer habet* » (Hippocrate). Les optimistes ont peut-être été trop exclusifs. Sans doute il serait absurde de nier que non-seulement des lésions d'organes importants n'ont pas exercé d'influence fâcheuse sur la grossesse, et que celle-ci a apporté, pour ainsi dire, un temps d'arrêt dans leur marche; mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que cette activité de tous les systèmes ne peut que hâter le travail destructeur fixé sur un point de l'organisme. N'est-ce pas en vertu de ce surcroît d'énergie qu'on voit ces maladies faire des progrès rapides après la parturition, et entraîner bientôt la mort des malheureuses qui en sont frappées? J'ai entendu souvent M. Stoltz attirer l'attention sur ce fait d'observation : que les femmes qui succombent, pendant la grossesse, aux progrès d'un état pathologique grave, accouchent avant de mourir d'enfants morts. « Il est évident, dit-il, que l'expulsion du produit doit alors être considéré comme un effort tardif de la nature, qui devient sans doute plus nuisible qu'utile, en exigeant un développement de forces qui épuise les malades, tandis que si la déplétion de la matrice était arrivée plus tôt, elle aurait fait l'effet d'une crise salutaire, diminué l'excitation générale, le trouble de l'économie, et facilité la résolution du mal. »

Quel que soit le point de vue auquel on se place pour déterminer

les circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit intervenir, lorsque la femme est affectée d'une maladie grave, la question est toujours aussi complexe, aussi obscure, et les raisonnements qu'on invoque sont tantôt justifiés, tantôt démentis par la pratique. Aussi, sans insister davantage sur les idées théoriques que l'on peut produire à l'appui de l'accouchement prématuré dans ce cas, je crois plus convenable de citer un certain nombre de faits importants qui serviront au praticien de preuves et d'exemples.

IIe OBSERV. — Simmons, de Londres, rappo te l'histoire d'une dame qui, par suite de plusieurs incommodités et de l'impossilité de se nourrir, aurait été infailliblement exposée à périr, lorsque, après avoir employé tous les moyens pour la soulager, il se décida à provoquer un travail prématuré au septième mois de la grossesse. Le 24 mars 1813, vers huit heures du soir, il rompit les membranes, et vingt-deux heures après, la femme commença à être en travail. Le même soir, à dix heures, elle accoucha d'un enfant qui vécut. Avec sa délivrance, tous les symptômes qui l'avaient fatiguée durant sa grossesse diminuèrent graduellement (Fodéré, *Diction. des sc. méd.*, t. 44).

IIIe OBSERV. — Une femme enceinte, dit Schneider, de Fuldi, vomit pendant trente semaines de grossesse tout ce qu'elle ingérait dans l'estomac. Les moyens les mieux indiqués échouèrent. L'accouchement prématuré provoqué lui sauva la vie ainsi qu'à son enfant (*Neue Zeitschrift*, t. 4).

IVe OBSERV. — Merriman cite l'observation suivante, tout en doutant de la nécessité de l'opération dans ce cas : Une femme enceinte de sept mois était affectée d'une toux très-incommode, et son estomac était tellement irritable qu'il ne supportait pas même de l'opium en substance. Les absorbants, les stomachiques, les amers, les aromatiques, n'avaient pu la soulager d'aucune manière. Comme l'état de la malade empirait chaque jour et menaçait de se terminer fatalement,

on provoqua, comme dernière ressource, l'accouchement prématuré. La grossesse était parvenue au milieu du huitième mois; la patiente accoucha d'un enfant vivant et ne tarda pas elle-même à se rétablir (*Cases of premature labor medico-chirurgical transactions*).

Ve OBSERV. — Duclos, de Toulouse, a communiqué à la Société de la Faculté de médecine de Paris, une observation intéressante d'une *hydropisie aigüe de l'amnios* (pour me servir de la définition de Mercier de Rochefort), qui nécessita la provocation de l'accouchement prématuré. Une jeune dame, qui avait eu quatre couches très-heureuses, devint en proie à sa cinquième grossesse à de graves incommodités. Vers le milieu du septième mois, elle fut prise d'une toux très fréquente, à laquelle se joignit bientôt de la fièvre. Les extrémités inférieures s'infiltrèrent; en moins de huit jours, le ventre devint dur, tendu, douloureux et très-volumineux. La gêne de la respiration ne permit pas à la malade de garder la position horizontale. Il y avait en même temps des vomissements continuels et des défaillances. Lorsque Duclos fut appelé, l'état de la malade était encore plus alarmant : la figure était abattue et grippée, la respiration très-courte et précipitée, et lorsqu'elle changeait de position elle était suffoquée. La matrice énormément distendue était très-élevée, et semblait occuper toute la cavité du ventre. Plusieurs médecins réunis en consultation s'accordèrent à dire que le seul parti qui offrît à la malade quelques chances de salut, était la provocation de l'accouchement. Le lendemain, il survint une défaillance qui fit craindre pour ses jours. Lorsqu'elle fut un peu remise, Duclos l'examina; il parvint à introduire l'extrémité de l'indicateur dans l'orifice utérin, perça les membranes et fit évacuer les eaux en quatre reprises. Bientôt la respiration devint libre; le vomissement, les palpitations de cœur, la toux, ne revinrent plus. Après cinq heures de repos, comme la matrice restait inactive, on se décida à hâter le travail. La main introduite dans la matrice rencontra la tête de l'enfant; l'opérateur la saisit et l'amena peu à peu dans l'excavation pelvienne. En continuant ses efforts, il la fit avancer in-

sensiblement, et au bout de peu de temps fut expulsé un enfant du sexe féminin, très-petit et faible, mais vivant. Les couches de la mère furent naturelles; au bout de six semaines elle était très-bien rétablie (*Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, t. 6).

VIe OBSERV. (tirée de la pratique de Siebold). — La femme d'un tisserand, âgée de trente-trois ans, enceinte pour la dixième fois, fut reçue, à la fin du huitième mois de sa grossesse, à la clinique d'accouchement de Berlin, dans un état d'extrême prostration, et affectée d'un hydrothorax qu'avait amené l'œdème des extrémités inférieures, ainsi qu'une ascite consécutive. La dyspnée était très-grande; la station assise était seule possible; fièvre continue. Pendant la nuit, la suffocation devenait souvent imminente; alors la malade se soulageait en penchant le tronc en avant. A cela s'était joint une toux opiniâtre, avec expectoration de matières muqueuses, striées de sang. On avait employé un grand nombre de médicaments sans le moindre succès. On fit la ponction de l'œuf. Dès qu'une certaine quantité d'eau se fut écoulée, il y eut un soulagement marqué. On abandonna le reste à la nature, et dès le lendemain, des contractions se déclarèrent; le travail fut normal et facile; l'enfant naquit vingt-deux heures après l'opération; il était vivant, et quitta la clinique trois mois après sa naissance. Les efforts du travail de l'accouchement n'avaient pas augmenté les difficultés de la respiration; au contraire, elles diminuèrent à mesure que l'enfant avançait; l'accouchée put dormir tranquillement, et dans une position inclinée, dès la première nuit. Au bout de quelques jours, elle fut transférée à la clinique interne, où elle mourut hydropique (*Journal für Geburtshülfe : herausgegeben von A. E. von Siebold*).

Ces faits ne sont pas les seuls qui existent dans les annales de la science; je me suis contenté de rapporter les plus concluants. Mais ce qui prouve bien la part que le médecin doit prendre dans ces cas embarrassants, c'est que la nature, comme je l'ai déjà dit, lui enseigne souvent, par ses propres efforts, la conduite qu'il doit tenir dans les

cas où elle ne se montre pas aussi efficace. Ici, les faits sont encore très-nombreux, mais je veux être sobre, et je me contenterai d'en choisir deux entre tous.

VIIe OBSERV. — En 1836, M. Stoltz a donné des soins à une dame qui fut dans un état très alarmant pendant plusieurs semaines, par la distension énorme de la matrice renfermant des jumeaux. Vomissements, dyspnée, palpitations de cœur, auxquels se joignirent des lipothymies effrayantes, tels étaient les symptômes. Après une défaillance, les eaux de l'amnios s'écoulèrent tout à coup, et les accidents se dissipèrent à mesure que le travail avança (Ferniot, thèse; Strasbourg, 1836).

VIIIe OBSERV. — Une femme, déjà accouchée sept fois, avait eu, dans toutes ses grossesses, un goître qui devenait, vers la fin de la gestation, d'un volume énorme, et occasionnait de grandes difficultés de respiration et des accès de suffocation. On fut chaque fois obligé de la saigner à différentes reprises, mais cette médication l'affaiblissait au point qu'elle était obligée de garder le lit tout le neuvième mois. Enceinte de son huitième enfant, on se conduisit comme dans les autres grossesses; la difficulté de respirer devint plus grande que jamais. Au commencement, on saigna toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours, enfin tous les cinq ou six jours. Sans cette précaution, la face devenait violette, et une attaque d'apoplexie devenait imminente. Par suite de ce traitement, la malade devint tellement infiltrée, qu'on ne pouvait plus trouver de veines. Vers le commencement du neuvième mois, d'Outrepont fut appelé en consultation, et proposa de provoquer l'accouchement : on s'y refusa. Le lendemain, l'état de la malade s'aggrava considérablement; mais au milieu des angoisses, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, et elle fut délivrée; l'enfant était vivant (*Gemeinsame deutsche Zeischrift für Geburtskunde*, B. 2; 1828).

On croira peut-être que, généralisant les données de l'histoire et de l'expérience, je vais prétendre que, dans tous les cas de maladies graves, il faille de suite recourir à la provocation de l'accouchement. Loin de moi cette pensée, car de même qu'en médecine, bien des indications font varier l'emploi du médicament, de même dans la question difficile que je viens d'étudier, la nécessité de l'accouchement prématuré est soumise à des circonstances que le tact médical peut seul apprécier. Aussi, au lieu de regarder cette opération comme le spécifique des grossesses laborieuses, ne doit-on y voir, comme je l'ai entendu plus d'une fois dire à la clinique de Strasbourg, qu'un *remède extrême* qui ne doit être mis en usage que lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens de sauver la mère, ou si l'enfant est en danger de succomber.

IV.

DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LES CAS DE MORT DU FŒTUS.

Il n'y a pas longtemps encore que la présence d'un fœtus mort dans le sein de sa mère inspirait de sérieuses inquiétudes aux accoucheurs. E. Roeslin est le premier qui ait parlé de la nécessité de délivrer prématurément la femme dans ce cas. Ce conseil donné en termes vagues ne fut pas pris en considération, et il faut arriver jusqu'à Mai pour voir la provocation de l'accouchement avant terme, érigée en principe pour remédier aux dangers de la putréfaction du produit: *Nec minor est partûs per violentiam velamentorum rupturam prœmature procurandi necessitas, si manifestiora symptomata fœtum in utero matris mortuum denuncient.*

Il ne se contenta pas, par ces paroles écrites en 1799, de susciter des recherches sur ce point. Trois ans plus tard, il introduisit dans un livre sur la médecine légale cette singulière formule : «Vous devez prêter serment que vous ne laisserez pas dans la matrice d'une

femme enceinte un fœtus de sept mois, ou même plus âgé, mort par cause externe ou interne, lorsque les préludes de l'accouchement ne se présentent pas (*Stolpertus der Poizeliart;* Mannheim, 1802).

Fodéré est le seul en France qui ait soutenu l'opinion du praticien allemand; toutefois, il faut dire qu'il était loin d'y attacher la même importance. Reisinger, qui, dans son admirable livre discute avec tant de sagacité tout ce qui est relatif à l'accouchement prématuré, n'a point laissé passer inaperçu ce point de doctrine. Des accoucheurs très-distingués, dit-il, se prononcent contre la tentative de l'accouchement avant terme, parce qu'ils rejettent la crainte du danger du séjour de l'enfant mort; tandis que d'autres, au contraire, veulent qu'on porte des secours très-prompts. Tant que les membranes sont intactes, ajoute-t-il, et empêchent l'introduction de l'air, le fœtus ne paraît pas facilement putréfiable; mais il agit d'une manière dangereuse sur l'utérus, comme corps étranger, si les membranes sont ouvertes; alors la putréfaction s'empare certainement du produit, et il peut en résulter des accidents graves.

De nos jours, et en France surtout, on ne croit plus à ces prétendus accidents. On attend, parce qu'on sait que ni l'enfant ni la mère ne courent de dangers, et que la nature se débarrasse elle-même du fœtus mort sans que l'art intervienne. Toutefois il ne faudrait pas admettre ce principe d'une manière trop absolue, parce qu'on a vu, rarement il est vrai, la présence d'un fœtus mort dans les organes compromettre la vie de la mère. M. Velpeau, après avoir cité l'histoire d'une dame qui en mourut, se demande s'il ne serait pas plus prudent, dans certains cas, de provoquer l'expulsion du fœtus que d'en attendre indéfiniment la sortie, comme le veut Froriep.

Un auteur judicieux, dont M. Velpeau a eu raison de défendre la bonne foi et la véracité (1), Denman, a appelé l'attention sur l'utilité

---

(1) Académie royale de médecine, discussion sur l'évolution spontanée du fœtus, séance du 10 octobre 1840.

qu'on pourrait retirer de l'accouchement prématuré dans les cas de *mort habituelle* de l'enfant dans le courant du neuvième mois. « Il est des femmes, dit-il, chez lesquelles la grossesse ne présente rien de particulier, jusqu'à ce qu'elle arrive au neuvième mois ou près de son terme ordinaire. Alors, sans cause apparente ou appréciable, il se déclare, à différentes reprises, des frissons; les mouvements de l'enfant cessent, il meurt; souvent il n'est expulsé que quinze jours ou trois semaines plus tard. Dans deux cas de cette espèce, j'ai recommandé et opéré la provocation de l'accouchement avant l'époque à laquelle le fœtus cessait ordinairement de vivre. Les enfants sont nés vivants, et les mères n'en ont pas souffert du tout » (*An introduction to the practice of midwifery*). M. Stoltz a accouché plusieurs fois une dame qui se trouvait dans le cas des femmes dont parle le célèbre auteur anglais. Cette personne, devenue enceinte sept fois, n'accoucha qu'une seule fois d'enfants vivants : ce furent deux jumeaux qui naquirent au terme de sept mois et demi. A peu près à cette époque de la gestation, les premiers enfants étaient morts : huit ou quinze jours plus tard, la matrice les avait expulsés (Ferniot, thèse citée).

V.

DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LES CAS DE GROSSESSES TARDIVES.

L'existence des grossesses tardives a été longtemps l'objet de nombreuses et vives discussions. Ceux qui les niaient se fondaient sur cette opinion d'Aristote, que la gestation ayant une durée exactement déterminée chez les brutes, la même loi devait se retrouver à tous les degrés de l'échelle animale. Mais les observations de Buffon, Willer, Millot, et celles si remarquables de Teissier, sont venues donner un démenti au célèbre philosophe de l'antiquité, en prouvant que le terme de la grossesse chez les animaux était très-variable. Mauriceau, Merriman, Desormeaux, Blundell, et surtout M. Velpeau,

ont démontré surabondamment, par les faits dont ils ont été témoins, que la femme est sujette aux mêmes irrégularités.

La polémique soulevée à l'occasion des grossesses tardives, et qui fut si solennelle en France et en Angleterre, n'avait d'autre but que d'éclairer la jurisprudence. En Allemagne, cette question n'est pas sortie du domaine de l'accoucheur; on voyait dans cette prolongation de la grossesse une source de périls pour la mère et pour l'enfant. Mai et Osiander, qui ont été les plus ardents fauteurs de cette doctrine, voulaient qu'on remédiât à cet oubli de la nature, l'un par l'accouchement prématuré, et l'autre par l'accouchement forcé. Et ce qu'il y a de curieux, c'est que, pour justifier leur intervention, ils s'appuyaient sur des idées théoriques entièrement opposées. Le professeur de Heidelberg croyait fermement que le séjour prolongé du fœtus dans le sein de sa mère rendait nécessairement son organisation plus complète; la grandeur et la pesanteur devenaient anormales, les os du crâne plus durs, et les fontanelles ossifiées. Le professeur de Goettingue, au contraire, était convaincu qu'il se passait pour le fœtus ce qu'on observe dans le règne végétal après la maturité, et que de même que les fruits arrivés à une maturité complète se dessèchent ou tombent, de même les fruits tardifs de la conception périssaient ou devenaient chétifs.

Il est inutile de discuter ces deux théories exagérées qui reposent sur une observation imparfaite; qu'il me suffise de dire qu'entre autres motifs qui doivent faire rejeter le conseil de Mai et d'Osiander, c'est qu'il est impossible de reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, si la grossesse s'est prolongée au delà du terme ordinaire.

Ritgen n'a point été arrêté par cette difficulté, et, encouragé sans doute par l'innocuité de la provocation de l'accouchement prématuré qu'il a si souvent pratiqué, il croit cette opération réellement indiquée dans les grossesses tardives. J'ai entendu dire par des compatriotes du professeur de Giesen, qu'une volonté supérieure s'était crue obligée de modérer son zèle trop ardent peut-être dans cette application de l'accouchement prématuré, comme si la pratique médicale devait

avoir d'autre sanction que celle de la science et des sociétés qui la représentent.

VII.

CONTRE-INDICATIONS DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

En parlant des cas dans lesquels on a provoqué l'accouchement prématuré, j'ai dû nécessairement aborder quelques-unes des circonstances qui devaient le faire rejeter. C'est ce qui me dispensera d'entrer dans de longs développements à l'égard des contre-indications, et de revenir sur ce que j'ai dit relativement aux maladies de la mère pendant la grossesse, à la mort du fœtus, et aux bassins viciés par obstruction ou par ostéomalacie. Je m'occuperai seulement, dans ce chapitre, de la primiparité, des grossesses doubles, et de la mauvaise position du fœtus, considérées comme obstacles à la provocation de l'accouchement.

1° *Primiparité.* — Merriman et beaucoup d'accoucheurs conseillent de ne recourir à l'opération que lorsqu'un premier accouchement a démontré l'impossibilité de la parturition à terme. Joerg veut même qu'on ait été averti par deux précédentes grossesses, mais on doit voir dans cette réserve timide une crainte d'autant plus exagérée qu'elle vient d'un adversaire de l'opération. Suivant M. P. Dubois, « une des plus grandes difficultés, c'est celle que doit offrir (si l'on a recours à la dilatation préalable) l'introduction des corps dilatants dans l'orifice utérin chez les primipares, parce que chez elles il est presque complétement clos à l'époque à laquelle il convient d'opérer, et le danger que présente (si l'on a recours à la ponction des membranes sans dilatation préliminaire) l'introduction des instruments piquants qui doivent servir à cet usage. » Suivant Kluge et Ritgen, la primiparité présente, en effet, des obstacles réels, mais qui ne sont point insur-

montables, ainsi que le prouvent les nombreuses observations qu'ils ont publiées. Les deux succès obtenus aux maternités de Lyon et de Bruxelles confirment encore la possibilité de l'opération dans ce cas. Outre les motifs judicieux tirés de l'état du col, quelques accoucheurs ont conseillé d'attendre un second accouchement pour s'éclairer sur les dimensions du bassin. On pourra arriver à résoudre cette difficulté par un examen minutieux et réitéré. « Loin de proscrire l'accouchement prématuré chez les primipares, dit M. Velpeau, il devait être employé toutes les fois que le bassin a de 2 pouces ½ à 3 pouces; au delà et en deçà on attendrait qu'une première couche vînt éclairer le diagnostic. »

2° *Grossesses doubles.* — Wenzel croit qu'on peut se dispenser de recourir à l'accouchement prématuré dans l'étroitesse du bassin lorsqu'on a affaire à une grossesse gémellaire, parce que, dit-il, les enfants sont moins développés que de coutume. Cette remarque mérite d'être mise à profit dans la pratique, lorsqu'on a reconnu positivement la présence de jumeaux, ce qui n'est pas toujours facile. Au mois de mai 1835, une femme accoucha de deux enfants, dans le service de M. le professeur Ehrmann à Strasbourg; elle mourut pendant ses couches au milieu d'une attaque d'éclampsie. A l'autopsie, on reconnut que le diamètre sacro-pubien n'avait que 3 pouces 2 lignes; et, grâce au peu de développement du fœtus, le travail avait pu se faire sans danger.

3° *Présentations vicieuses.* — La mauvaise présentation du fœtus a été aussi alléguée comme une contre-indication à l'accouchement prématuré. S'il fallait tenir compte de cet obstacle, on se priverait souvent des avantages de cette opération, parce qu'il est très-fréquent. Sans doute, si le retard était permis dans les cas qui la réclament, on pourrait espérer un changement favorable; mais comme une attente même de quelques jours seulement pourrait devenir fatale à la mère et à son fruit, M. Stoltz veut qu'on change la position par des manipulations extérieures. Il rejette le conseil de Merriman, qui veut qu'on

attende que la mauvaise présentation se change en une bonne, et il croit inadmissible l'opinion de Ritgen qui regarde la soustraction répétée d'une petite quantité d'eau comme le meilleur moyen de corriger cet inconvénient. Dans le cas où on n'aurait pu parvenir à modifier la mauvaise présentation du fœtus, on n'en chercherait pas moins à faire naître les contractions utérines, sauf à faire la version dès que le col sera suffisamment dilatable.

TROISIÈME PARTIE.

DE L'OPÉRATION.

I.

CONDITIONS PRÉLIMINAIRES DE L'OPÉRATION.

Avant l'opération qui doit provoquer l'accouchement, plusieurs questions d'une haute importance, mais souvent difficiles, se présentent à l'accoucheur, et de leur solution dépend, pour ainsi dire, le succès de sa tentative. Elles se réduisent à trois principales : 1° diagnostic du genre et du degré de l'étroitesse du bassin; 2° appréciation exacte du volume du fœtus et principalement de la tête; 3° détermination précise de l'époque de la grossesse.

1° Si on voulait se convaincre de la difficulté de s'assurer du genre et du degré du rétrécissement pelvien, il suffirait de passer en revue tous les instruments qui ont été imaginés dans ce but. La science, sur ce point, a été encombrée plutôt qu'enrichie. En général, plus l'étroitesse est considérable, plus il est facile de la reconnaître. On peut se servir de la main ou du pelvimètre droit de Stein, le plus simple et

peut-être le meilleur de tous. On peut s'aider du compas d'épaisseur de Baudelocque et du pelvimètre de Wellenbergh. L'introduction de la main est sans contredit le moyen le plus sûr, mais cette exploration interne n'est praticable chez les primipares que vers la fin de la grossesse et seulement pendant le travail, en sorte qu'on en est presque toujours réduit au toucher et à l'usage du pelvimètre.

Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est surtout important à constater, parce que, dans le plus grand nombre des cas, c'est lui qui est diminué, et c'est ce diamètre qu'il est le plus facile de mesurer.

2° Le développement du fœtus, et en particulier celui de sa tête, n'est pas toujours le même à une époque donnée de la grossesse. Le diamètre bipariétal doit surtout fixer l'attention, parce que c'est lui qui se trouve ordinairement resserré entre l'angle sacro-vertébral et la symphyse. En général, ce diamètre a 3 pouces 6 lignes à terme, 3 pouces à huit mois, et 2 pouces 6 lignes à sept mois. Ces dimensions peuvent varier de 3 à 6 lignes, savoir : de 3 lignes en sus et d'autant en moins.

Salomon, de Leyde, a donné le tableau suivant sur l'étendue du diamètre transversal à diverses époques :

A 33 semaines.....	2 p. 7 l.	A 36 semaines.....	2 p. 11 l.
A 34 semaines.....	2 p. 9 l.	A 40 semaines.....	3 p. 9 l.

L'augmentation serait donc de 2 lignes par semaine. Les recherches de madame Lachapelle et de M. P. Dubois donnent à peu près la même moyenne.

Cette variabilité dans le volume de la tête du fœtus explique la différence de résultats des diverses couches chez une même femme, quoiqu'elle ait une étroitesse absolue de bassin. De ce qu'une femme a accouché une fois spontanément, ce n'est pas à dire pour cela qu'elle pourra toujours se passer de l'intervention de l'art. C'est aussi en vertu

de cette même variabilité qu'une femme qui aurait eu des couches laborieuses peut ensuite accoucher d'enfants vivants à terme. M. Stoltz cite l'histoire d'une dame qui accoucha sans peine d'un enfant à terme et vivant, après trois couches difficiles et des enfants morts.

Il faut prendre aussi en considération que la tête est d'autant plus malléable chez le fœtus qu'on est plus éloigné du terme de la grossesse; aussi la compression exercée sur elle par la matrice et le bassin peut-elle mieux la réduire à sept ou huit mois qu'à neuf, et faire disparaître un excès de volume qui s'opposerait à l'accouchement.

3° Lorsqu'on veut déterminer l'époque de la grossesse, il faut s'enquérir de beaucoup de circonstances; ainsi, outre la suppression des règles, on devra faire entrer en ligne de compte ces singulières sensations dont l'apparition insolite étonne celles qui sont mères pour la première fois. Les mouvements du fœtus vers le cinquième mois et les changements survenus dans la matrice ne devront pas être perdus de vue par l'accoucheur.

Malgré tous ces indices, il faut l'avouer, il est des cas où l'on est fort embarrassé de préciser la date de la conception. On peut être trompé à chaque instant par les irrégularités des phénomènes de la gestation, et la liste serait longue si on voulait dresser l'inventaire de toutes ces aberrations. C'est surtout chez les primipares que la difficulté est sérieuse. Chez les femmes qui ont eu des couches malheureuses, on est moins exposé à se tromper, parce que les souvenirs de ce qu'elles ont souffert les tient en garde contre tout ce qui pourrait leur porter préjudice.

« Une erreur de quelques jours, dit M. Stoltz, ne peut pas être évitée. Alors, a-t-on dit, si vous opérez avant la révolution du septième mois, l'enfant ne sera pas viable; si vous opérez après l'époque que vous avez fixée, par rapport au degré d'étroitesse du bassin, vous avez à craindre que l'enfant ne soit trop développé pour pouvoir franchir le rétrécissement sans en souffrir. Il serait certainement fâcheux que l'on opérât trop tôt, c'est-à-dire avant la fin du septième mois, en admettant, toutefois, comme règle invariable, que le fœtus ne soit

absolument viable qu'à cet âge. Il serait sans doute fâcheux que l'on provoquât l'accouchement avant cette époque, parce que le but qu'on se propose serait manqué; mais comme ce ne sont que les rétrécissements les plus considérables du bassin qui exigent une telle précision, on n'aura pas souvent à gémir d'une pareille méprise. Quant aux inconvénients qui peuvent résulter de ce qu'on a attendu trop longtemps, ils sont beaucoup moins graves; cette objection ne devrait pas être faite par ceux qui pensent que, lors même qu'il existe une grande disproportion entre le volume de la tête du fœtus et les dimensions du bassin, la nature ne parvient pas moins heureusement à terminer le travail à terme, ou qui prétendent que nous avons des moyens sûrs de conserver la mère et son enfant. »

II.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Avant de procéder à l'opération, tous les accoucheurs ont donné le conseil de s'entourer de l'avis de plusieurs confrères, autant pour mettre sa responsabilité à couvert que pour s'éclairer sur l'état de la maladie. « Jamais, dit Fodéré, un homme, quelque savant qu'il soit, ne doit s'en fier à ses propres lumières dans les cas difficiles. » L'indication bien reconnue, l'opérateur devra s'occuper de préparer la femme, et du choix du procédé dont il devra se servir pour provoquer l'accouchement.

1° *Préparatifs.* — Quoique les préparatifs soient d'une importance secondaire, on aurait tort de les dédaigner. Le régime doit être diminué pendant toute la seconde moitié de la gestation, et Kluge veut même qu'on y joigne les purgatifs; il recommande en même temps le mouvement répété, mais modéré, et de ne pas laisser dormir la malade au delà de sept heures par jour. La saignée générale est aussi très-utile comme moyen prophylactique. Quant aux bains généraux,

que Plessmann et Gardien avaient voulu substituer aux procédés en usage qu'ils regardaient comme trop violents, Kluge, M. Stoltz et le professeur Naegelé y ont une grande confiance. En ramollissant le col, ils le disposent à une dilatation plus facile sous l'influence de l'opération.

2° *Temps de l'opération.* — L'époque à laquelle celle-ci doit être pratiquée varie suivant le degré de rétrécissement. Si l'on veut imiter les Anglais, qui opèrent lorsqu'il n'excède pas 2 pouces et demi, on devra agir dans le courant du septième mois; s'il a 3 pouces, on pourra attendre jusqu'au milieu du huitième mois; à 3 pouces 3 lignes, on est encore à temps au milieu du neuvième mois. Plus on se rapproche du terme et moins il y a d'inconvénients pour la mère et pour l'enfant. Ritgen donne le tableau suivant, qu'on peut consulter comme règle générale et dont les applications doivent nécessairement varier dans certaines circonstances :

A 2 p. 7 l.	on opère à la	29e	semaine.
2 p. 8 l.	—	30e	—
2 p. 9 l.	—	31e	—
2 p. 10 l.	—	35e	—
2 p. 11 l.	—	36e	—
3 p. 0 l.	—	37e	—

Stœssner, dans un mémoire publié à Wurtzbourg, a conseillé d'attendre, pour opérer, une époque menstruelle. Il se fonde sur ce fait d'observation que beaucoup d'avortements et la plupart des accouchements ont lieu à ce moment périodique. Cette remarque prouve que l'auteur a voulu qu'on imitât la nature jusque dans ce point, afin de rendre l'analogie plus complète, et la réussite moins douteuse. Mais tout en prenant en considération le jour qui correspond à l'apparition des règles, il ne faudrait pas dépasser quatre ou cinq jours, parce qu'alors la tête augmenterait de volume, et que cette disproportion

serait loin d'être compensée par le faible avantage qu'on aurait obtenu de la disposition particulière de l'utérus à cette époque.

3° *Des moyens d'opération.*— Lorsqu'on veut provoquer l'accouchement prématuré, on se propose d'exciter la matrice à entrer en action pour abandonner ensuite à la nature ce que l'art a commencé. Plusieurs moyens ont été conseillés pour arriver à ce but : les uns sont vitaux ou généraux, les autres agissent d'une manière mécanique ou locale. Les moyens généraux consistent dans les emménagogues, et surtout dans le seigle ergoté, préconisé en Angleterre par Ramsbotham, et conseillé en France par M. Dezeimeris. Son action est, comme je le ferai voir plus loin, infidèle, et quelquefois dangereuse. Aussi, de nos jours, n'a-t-on plus recours qu'aux moyens qui agissent directement sur l'utérus.

a. *Frictions.* — C'est pour être complet que je mentionne ici les frictions sur l'hypogastre conseillées par d'Outrepont. Celles qu'on fait sur le col et le segment inférieur de la matrice peuvent devenir dangereuses par les douleurs qu'elles occasionnent. Ritgen, qui les a vantées outre mesure, y a renoncé.

b. *Tamponnement.* — La simplicité de cette méthode explique en partie la vogue dont elle a joui un moment. Schœller, de Berlin, ancien élève de Naegelé, en a conçu l'idée à la Maternité de Paris. Chez une femme atteinte de métrorrhagie on avait introduit un tampon dans le vagin. Sous l'influence de ce moyen, l'accouchement se fit. On reconnut alors que l'hémorrhagie n'était pas due à l'implantation du placenta sur le col, comme on l'avait cru d'abord, mais à une apoplexie placentaire.

Partant de ce fait, Schœller pensa que le tampon devait être un excitant suffisant pour faire entrer l'utérus en contraction. En 1839, il fit puor la première fois l'essai de cette méthode à la clinique de Busch.

La réussite fut complète, et depuis lors, cinq nouveaux succès sont venus couronner les efforts.

Le professeur Hüter, de Marbourg, a proposé au congrès de Mayence, en 1842, un procédé de tamponnement qui se rapproche assez de celui du médecin de Berlin. On introduit dans le vagin une vessie que l'on remplit d'eau tiède, et que l'on ferme ensuite. L'eau transsude peu à peu à travers les parois de cette vessie. Dès que cette dernière est vide, on l'enlève, et on permet à la femme de marcher. On recommence la même opération, et on la répète jusqu'à ce que les douleurs se fassent sentir; ce qui arrive ordinairement du troisième au septième jour.

c. *Décollement des membranes.* — Hamilton, d'Édimbourg, proposait, dans ses leçons, d'introduire un doigt dans le col utérin, et de le porter aussi haut que possible entre la matrice et les membranes de l'œuf, et de détacher celles-ci dans tous les sens tout autour du col, avec l'attention de ne pas les rompre. Ce procédé a été mis en usage plusieurs fois en Angleterre. Il a eu des alternatives de revers et de succès.

d. *Ponction.* — Par ce moyen on diminue le volume de l'utérus en donnant issue à une certaine quantité des eaux de l'amnios, ce qui le force à revenir sur lui-même et à se contracter. La ponction se fait avec des instruments mousses ou piquants. Les premiers ne réussissent pas toujours; le plus souvent ils ne font que refouler les membranes; les pointus doivent leur être préférés. Et pour ne pas donner lieu aux accidents qu'on leur avait reprochés d'abord, on a proposé une canule qui a été diversement modifiée, entre autres par Siebold et Wenzel. Ritgen a conseillé une canule à syphon, afin de n'enlever qu'une quantité déterminée de liquide. M. Stoltz donne la préférence au trois-quarts primitif qui est plus simple et plus commode. La quantité d'eau évacuée doit être peu considérable. Clarcke et M. Velpeau sont seuls partisans de l'évacuation totale.

Lorsqu'on pratique la paracentèse de l'œuf par sa *partie inférieure*, on fait glisser, le long des doigts de la main gauche introduite dans le vagin, la canule du trois quarts munie de son mandrin, et lorsqu'elle est arrivée jusqu'aux membranes, on remplace le mandrin par le trois-quarts et on pousse un peu avant pour le faire entrer dans l'intérieur de l'œuf; puis on retire l'instrument et on laisse écouler une petite quantité de liquide. Si le travail n'était pas commencé au bout de vingt-quatre heures, il faudrait faire une nouvelle ponction.

Tous ceux qui pratiquent ce procédé recommandent : 1° de ne faire agir l'instrument qu'autant qu'on aura senti les membranes à l'orifice interne du col de la matrice; 2° de ne pas faire souffrir la femme, car toute douleur indiquerait qu'on a fait une fausse route; 3° d'éviter de blesser la partie du fœtus qui se présente.

Comme ces conditions ne sont pas toujours faciles à remplir, Meissner, qui croit que l'évacuation lente et progressive de la poche amniotique est une garantie de succès, a conseillé de ponctionner l'œuf *par en haut* et vers son sommet, au moyen d'un trois-quarts recourbé, qui, après l'ouverture des membranes et le retrait du mandrin, doit agir comme une sorte de syphon. Cet instrument n'est pas autre chose qu'une sonde ordinaire de 12 pouces de long sur 1 ligne ½ de diamètre, et dont la courbure est appropriée à celle du trajet qu'elle doit parcourir pour arriver jusqu'au haut du globe utérin. Cette sonde est ouverte par ses deux extrémités et munie de deux mandrins, l'un mousse, arrondi et occupant la sonde au moment de son introduction, l'autre à dard aigu et remplaçant le premier au moment de la ponction. Voici maintenant comment le médecin de Leipsig procède: à genoux devant la femme comme pour le toucher, il introduit la sonde dans le col de l'utérus, la fait glisser en arrière entre les membranes et les parois de l'organe, et, par une sorte de cathétérisme qu'il est facile de comprendre, il la conduit jusque vers le sommet de l'œuf. Là, après s'être assuré, par quelques mouvements de bascule de la sonde, que le bouton repose non sur le placenta, mais sur des membranes fluctuantes, il retire le mandrin arrondi et le rem-

place par le mandrin à dard, qu'il fait ensuite saillir hors de la sonde de 1 centimètre environ pour perforer les membranes; et pour être sûr de la direction que prend la pointe de l'instrument, il porte l'extrémité inférieure de celui-ci contre le périnée, de manière que le bec de la sonde et le dard dont elle est armée appuient nécessairement sur les membranes et non sur l'utérus. La ponction faite, la sonde introduite dans les membranes, Meissner retire le dard et laisse écouler par la sonde une cuillerée de liquide, puis il enlève la sonde. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le travail se déclare et se termine à l'aide de contractions énergiques.

La simplicité de l'instrument recommande à l'attention le procédé de Meissner. Je me permettrai, toutefois, de faire à l'instrument une légère modification qu'il me semble avantageux d'introduire dans son mécanisme.

Il est inutile que deux mandrins occupent successivement la sonde, le retrait de l'un, et son remplacement par l'autre, ralentissent sans but l'opération. Ne pourrait-on pas se contenter d'une sonde semblable à la sonde ordinaire, ouverte comme elle par deux œillets latéraux, pour l'écoulement du liquide, mais offrant, à son extrémité mousse et arrondie, une petite fente transversale par où sortirait en temps opportun un mandrin coupant et composé d'un ressort d'acier, lequel, en se réfléchissant par son élasticité propre du côté de la courbure de l'instrument, comme dans la sonde de Belloc, irait nécessairement percer les membranes au moment de la ponction, sans qu'on ait besoin, pour assurer ce résultat, de porter la sonde en arrière, ainsi qu'il faut le faire avec l'instrument de Meissner? Ce léger changement fait à la sonde perforatrice du célèbre accoucheur rend l'instrument plus simple, et le procédé d'opération plus expéditif.

Telle quelle a été conçue cependant, cette nouvelle méthode de ponction a conduit son auteur à des résultats importants. Quatorze succès consécutifs pour les mères et pour les enfants montrent qu'elle n'est pas seulement ingénieuse, mais véritablement utile dans la pratique. Cette considération, ainsi que le nom de l'auteur et le mémoire

remarquable qu'il a publié à cette occasion dans les *Annales* de Heidelberg, justifient les détails que nous lui avons consacrés.

e. *Dilatation.* — La dilatation du col de l'utérus a pour but de produire une irritation permanente, progressive et régulière, qui fait bientôt entrer la matrice en action. Cette méthode est celle qui a obtenu le plus de faveur en France, où elle a été employée à l'exclusion de toute autre. Brunninghausen est le premier qui en ait eu l'idée; mais c'est Kluge qui l'a introduite dans la pratique. Il se sert de l'éponge cirée que M. Stoltz a avantageusement remplacée par l'éponge ficelée. Busch se sert, comme moyen de dilatation, d'un instrument qui a quelque ressemblance avec la pince à trois branches. Mende a aussi recommandé un instrument dilatant, mais le spéculum dont il se sert dans ce but n'est que pour faciliter l'introduction de l'éponge.

Voici comment Kluge procède: Il introduit ordinairement l'index gauche dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, et s'en sert pour fixer celui-ci. Si l'orifice est un peu ouvert, il commence par y faire entrer, à l'aide d'une espèce de pinces, un morceau conique d'éponge préparée, de 2 à 3 pouces de longueur, sur 2 à 3 lignes de diamètre, enduit de cérat et muni à sa base d'un fil, pour pouvoir l'extraire facilement. Il lui fait traverser le col et le porte sur un côté entre les membranes et la face interne de la matrice, puis le pousse avec son index gauche, jusqu'à ce que son extrémité inférieure ou sa base soit au niveau avec les bords de l'orifice externe. Pour l'empêcher de sortir, il place dans le vagin une éponge ordinaire, de la grosseur d'un œuf, et munie de rubans. Ceux-ci, ainsi que les fils de l'éponge préparée, sont fixés sur l'hypogastre au moyen d'un emplâtre agglutinatif. La femme garde le décubitus dorsal (M. Stoltz, au contraire, lui permet de marcher). Quelle que soit la position qu'on lui donne, si, au bout de vingt-quatre heures, les douleurs ne s'établissent pas, on retire les deux éponges, afin de remplacer l'éponge préparée par une autre qui a 4 à 5 pouces de longueur, sur 6 à 8 lignes de diamètre. Les contractions

ne manquent pas alors de paraître au bout de cinq à six heures : quand elles ont pris une marche régulière et bien déterminée, on retire les éponges (G. Burchardt ; Strasbourg, 1830).

f. *Ponction et dilatation combinées.*—Ce procédé est dû à Kilian, dont l'expérience dans le sujet qui nous occupe ne saurait être trop invoquée. Voici en quoi consiste ce procédé, d'après la description qu'a bien voulu m'en faire lui-même le professeur de Bonn. Après avoir dégagé le col de la matrice des mucosités concrètes qu'il renferme, au moyen d'une tige de baleine que guide la canule d'un trois-quarts, il produit la dilatation du col à l'aide de l'éponge préparée. Pour cela, il se sert d'un fragment d'éponge taillé en cône, et enduit de cire ou de beurre de cacao, afin que l'introdution en soit plus douce et plus facile. Lorsque la dilatation est suffisante, il perce les membranes avec la tige de baleine qui a servi à désoblitérer le col, ou bien, quand elle est insuffisante, il lui substitue dans la canule qui la renferme la lame même du trois-quarts.

III.

APPRÉCIATION.

Les *moyens généraux*, c'est-à-dire ceux qui, à la manière des emménagogues et du borax, agissent indirectement sur l'utérus, doivent être rejetés de la pratique, parce qu'ils sont infidèles, et que d'ailleurs ils ne sont pas toujours inoffensifs. Quant au seigle ergoté, les deux faits suivants suffiront pour donner une idée de son inconstance et de ses dangers. Gœtz chercha à déterminer des contractions utérines, à la trente-septième semaine, chez une rachitique ayant un bassin difforme. Il administra, toutes les deux heures, 25 centigrammes d'ergot de seigle. Sous l'influence de ce médicament, quelques douleurs légères parurent le lendemain, mais sans amener de résultats. Après avoir attendu encore, Gœtz fut obligé d'en venir à la ponction

de l'œuf. Au bout d'une heure, il survint des frissons suivis de contractions énergiques. A la clinique de Pavie, Lovati donna l'ergot de seigle à une femme qui avait déjà accouché avant terme avec le plus grand succès deux ans auparavant, au moyen de l'éponge préparée; elle succomba à la phlébite utérine.

D'après ces faits, il est permis d'émettre des doutes sur l'efficacité et l'innocuité du seigle ergoté; mais si on doit l'abandonner comme méthode exclusive, il mérite d'être conservé comme un adjuvant précieux de la dilatation et de la ponction. Quelques accoucheurs, et M. P. Dubois entre autres, s'en sont servis très-heureusement après l'éponge.

Les *moyens locaux*, en agissant directement sur l'utérus et le plus souvent d'une manière mécanique, atteignent toujours avec plus ou moins d'efficacité le but qu'on se propose. Aussi est-il important de déterminer ce qu'on doit attendre de chacun d'eux.

Je ne reviendrai pas sur les frictions faites sur l'hypogastre ou le col de la matrice. Leurs inconvénients n'ont-ils pas été signalés par l'abandon de ceux qui les avaient proposées ?

Quant au tampon, l'expérience n'a pas encore décidé s'il doit rester comme moyen provocateur de l'accouchement. D'ailleurs, l'auteur, à qui ses succès donneraient quelque droit de croire en l'avenir de sa méthode, nous dit lui-même que la dilatation par l'éponge est le moyen le plus rationnel. M. Stoltz, tout en admettant les résultats de Schœller, ne croit pas que le tampon puisse faire naître des contractions chez une femme dont la contractilité sommeille complétement. J'ai entendu dire aux professeurs Kilian et Naegelé qu'il avait échoué entre leurs mains.

Le décollement des membranes, ainsi que le pratiquait Hamilton, ne doit plus figurer que pour mémoire dans l'étude des moyens les plus propres à provoquer l'accouchement. Outre que les douleurs se développent très-lentement sous l'influence de ce procédé (Kluge et Riecke), il est souvent inexécutable. D'abord la matrice est souvent si élevée que le doigt peut à peine l'atteindre, et en second lieu, le col

n'est pas toujours assez ramolli ni son orifice externe assez ouvert dans le huitième mois de la grossesse, pour permettre l'introduction du doigt. Aussi les accoucheurs se sont-ils hâtés d'y renoncer, lorsque la ponction et surtout la dilatation ont été bien connues et bien comprises.

La ponction, comme je l'ai annoncé, diffère suivant qu'on la pratique par la partie inférieure ou par la partie supérieure de l'œuf. La ponction par en bas présente des inconvénients qui sont d'autant plus graves que l'accouchement est provoqué à une époque plus éloignée de la fin de la grossesse : c'est ce qui explique le danger qui accompagne si souvent les manœuvres criminelles tentées dans un but d'avortement vers les trois premiers mois de la gestation. A cette époque, en effet, la matrice n'ayant point encore acquis un développement considérable, les instruments portés dans son intérieur avec l'intention de n'atteindre que l'œuf, outre qu'ils peuvent se fourvoyer dans les parois du col, traversent quelquefois le germe de part en part et blessent le tissu utérin, et cela d'autant plus facilement qu'ils sont dirigés par une main plus ignorante. Sans doute, lorsqu'on veut provoquer l'accouchement, les mêmes accidents ne sont pas à redouter; cependant le col peut encore être lésé, et si l'instrument vulnérant l'a traversé sans s'égarer dans son tissu, il peut rencontrer le fœtus et le blesser à son tour. Ensuite (et c'est là l'inconvénient le plus réel) on n'est pas maître, par la ponction en bas, de mesurer exactement la quantité d'eau qu'on veut évacuer, et s'il y a sortie trop abondante du liquide amniotique, la poche des eaux n'existe plus, le travail traîne en longueur, et l'enfant, n'étant plus protégé, peut succomber pendant les efforts que fait la mère pour l'expulser.

C'est pour obtenir une évacuation lente et progressive du liquide amniotique, qu'un de ceux qui ont le mieux parlé de l'accouchement prématuré, Meissner, a proposé d'abandonner la ponction ordinaire et de faire la paracentèse de l'œuf par sa partie supérieure, à l'aide du brillant procédé dont j'ai cherché à donner une idée. Reste à savoir si tout

le monde pourra manier avec autant de facilité que l'inventeur l'instrument particulier dont il se sert.

Quel que soit d'ailleurs le jugement définitif qu'on porte sur la ponction, elle a des indications spéciales qui la feront toujours conserver : ainsi, elle convient à merveille lorsqu'on veut provoquer l'accouchement pour un cas de maladie grave de la mère, parce que alors on a surtout pour but de diminuer le volume de l'utérus. Dans les vices de conformation du bassin, bien qu'on n'ait pas besoin d'agir rapidement, et que, par conséquent, on puisse recourir à la dilatation, il est néanmoins des cas où, l'introduction de l'éponge étant impossible, il faut lui substituer l'emploi du perforateur.

La dilatation a l'avantage de procurer à la fois, et sans aucune violence, la dilatation du col utérin, le décollement des membranes, et une légère excitation produite sur la partie inférieure de la matrice. Ces avantages, qui ont déjà popularisé cette méthode, lui assurent un légitime et durable succès. Depuis qu'elle est bien connue, un grand nombre d'accoucheurs y ont eu recours. En effet, elle mérite la prééminence sur la ponction par une supériorité incontestable. D'abord, les contractions utérines naissent aussi bien au moyen de l'éponge que par l'action du trois-quarts. Et puis, l'œuf restant intact, le fœtus n'a rien à craindre de la prolongation du travail. Cette plénitude de l'œuf offre aussi une précieuse ressource pour reconnaître la position de l'enfant, qu'il est possible de changer si elle est mauvaise, ainsi que M. Stoltz a pu y parvenir chez une de ses opérées.

Le procédé de Kilian, outre qu'il est moins expéditif que les deux précédents, puisqu'il faut désobstruer le col, le dilater, puis perforer les membranes, offre l'inutile concours de deux moyens, dont un seul peut suffire.

IV.

DES SUITES DE L'OPÉRATION; COMPARAISON DE SES RÉSULTATS AVEC CEUX DE LA SYMPHYSÉOTOMIE ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

L'époque à laquelle surviennent les douleurs varie beaucoup, et dépend de la méthode qu'on a employée. J'ai dit qu'il ne fallait pas compter sur les frictions et sur l'ergot de seigle, du moins comme méthode unique; par conséquent, il ne doit pas être ici question de ces moyens. C'est la ponction qui détermine le plus tôt l'apparition des douleurs; toutefois, il est rare qu'elles se manifestent sur-le-champ; ce n'est, le plus ordinairement, qu'au bout de quelques heures. Sous l'influence de la dilatation, elles ne se font guère sentir avant le lendemain. Si, à la fin du second jour, la femme n'accusait encore aucune souffrance, il faudrait recommencer l'opération.

Après la ponction, Merriman a vu survenir un frisson, quelquefois avant-coureur d'un mouvement fébrile, qui faisait périr le fœtus. Cette observation de l'accoucheur anglais n'a pas été confirmée par les médecins qui se sont le plus servis de cette méthode.

Dans les livres classiques, et entre autres dans celui de madame Lachapelle, on redoute beaucoup la délivrance, on craint la rétention de l'arrière-faix. Tous ceux qui ont provoqué l'accouchement prématuré n'ont pas vu qu'elle offrît plus de difficulté que dans l'accouchement naturel à terme. Cette question a été de nouveau soulevée à Mayence, dans la dernière réunion des médecins et des naturalistes allemands. Le professeur d'Outrepont demanda si on avait observé des délivrances tardives à la suite de l'accouchement avant terme. Les docteurs Ricker et Hüter répondirent qu'ils en avaient vu, mais seulement dans le cas d'adhérence du placenta à la matrice. Ritgen n'a pas rencontré une seule fois la rétention du placenta sur trente-trois accouchements prématurés qu'il a pratiqués.

On a dit aussi que la mère n'était pas propre à donner le sein à son

enfant : c'est une assertion gratuite, car la fièvre de lait s'établit le troisième jour, et tout se passe comme après l'accouchement à terme. La femme qui fait le sujet de la première observation de M. Stoltz a allaité le sien, quoiqu'elle n'eût jamais été nourrice.

James Barlow croit que l'accouchement prématuré prédispose à des accouchements subséquents avant terme. Cette remarque est fondée sur l'observation suivante. La femme de Retur Blakeley eut dix enfants; les premiers nés morts, cinq délivrés par les crochets; elle eut quatre accouchements prématurés; trois fois il fut excité par l'art; la quatrième il se fit sans assistance.

Beaucoup d'accoucheurs ont parlé des dangers qui résultaient pour la mère de l'accouchement prématuré. Ces craintes n'ont jamais été vérifiées par Kluge, Ritgen, Lovati, Stoltz. Wenzel et Busch, dont les ouvrages sur les maladies des femmes sont très-estimés en Allemagne, ne mentionnent aucun fait de ce genre. Quant à l'accès fébrile que Merriman a vu quelquefois, et auquel il attribue la mort de l'enfant, on pense généralement, au contraire, qu'il a sa source dans la cessation de la vie du produit. Cette opinion trouve un appui dans la pratique de Denman, qui, ayant observé à diverses reprises que des femmes qui étaient prises de frissons violents avant d'avoir atteint la fin de leur grossesse accouchaient ensuite de fœtus privés de vie, provoqua deux fois avec succès l'accouchement avant l'époque de l'apparition ordinaire de ce frisson.

Ce que Gardien redoutait le plus dans la parturition prématurée, c'était surtout les moyens dont on se servait pour la provoquer. Il suffit de lire ce qu'il en dit pour voir qu'il confondait l'opération qu'il veut blâmer avec l'accouchement forcé. Quant aux craintes de voir survenir des hémorrhagies, des convulsions, des affections du col, à la suite de cette pratique, elles étaient nées de l'opinion fausse qu'on se faisait alors en France (1829) de l'accouchement prématuré. C'est ce que M. Velpeau a été le premier à reconnaître quelques années plus tard (1835). « Les accidents, dit-il, n'ont pas été plus souvent observés après l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement à

terme. Les deux femmes opérées par Kelly n'en ont éprouvé rien de fâcheux. Denman n'a pas été moins heureux dans les huit cas qu'il indique. Il en fut de même de la femme opérée trois fois par Macaulay, puis d'un cas semblable publié par M. James, puis d'un autre recueilli par M. Riecke. Des soixante-sept femmes dont parle Salomon de Leyde, des douze de M. Kluge, des six de M. Ferrario, aucune n'a succombé. Une seule sur quatorze que Reisinger indiquait en 1820 est morte; on en compte deux dans un relevé de trente-quatre femmes recueilli depuis; mais Merriman n'en a pas perdu une sur quarante-six. Les femmes dont on a eu à déplorer la perte sont mortes, l'une d'hydrothorax, l'autre d'une rupture de matrice. Celle dont M. Stoltz nous a montré les détroits n'a succombé qu'aux progrès de la phthisie pulmonaire dont elle était atteinte, et seulement au bout de six mois. »

Il ne faut pas le dissimuler, le sort des enfants est loin d'être aussi rassurant que celui de leurs mères, car les deux tiers seulement jouissent des bénéfices de l'opération. On a dit, à cette occasion, que, parmi ceux qui ne mouraient pas immédiatement, les uns succombaient après quelques jours d'une existence presque végétative, et que les autres n'atteignaient pas âge d'homme. Ici encore l'exagération est flagrante. Sans doute, ce serait s'aveugler étrangement que de croire qu'il est aussi facile de sauver un enfant arraché avant terme à la vie intra-utérine, que d'en conserver un autre à qui une organisation plus complète a donné la force de résister à l'établissement, toujours plus ou moins précaire, de la vie indépendante; mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier qu'en faisant naître le premier avant le temps fixé par la nature, on l'arrache à une mort probable, et sa mère à un péril certain. Il faut de plus, dans l'appréciation de la mortalité, tenir compte des conditions qui attendent à leur naissance ces enfants précoces: la plupart voient le jour dans ces asiles créés par le génie de la charité, et n'ont pas le bonheur, selon la parole du poëte, de connaître leur mère à son sourire; aussi leur frêle existence se trouve-t-elle privée de ces soins de tous les moments qu'une tendre sollicitude seule sait donner. Et qui, pourtant, n'a vu dans les grandes villes, des enfants si

malingres et si chétifs qu'on doutait de leur viabilité, vivre cependant, croître et prospérer, sans autre miracle que le cœur d'une mère.

On a aussi argué, contre l'accouchement prématuré, de la nécessité où se sont trouvés quelques accoucheurs d'employer d'autres opérations pour le terminer. On peut être forcé de recourir à ces expédients extrêmes par suite d'une erreur dans la mensuration de la cavité pelvienne, ou dans celle du volume de la tête du fœtus, ou bien encore dans le choix du moment de la provocation. Il en sera de même si on a affaire à une mauvaise présentation ou à d'autres accidents qui, du reste, peuvent compliquer l'accouchement naturel à terme, et qui doivent changer la conduite de l'accoucheur.

Malgré tout le soin que j'ai pu mettre à prouver l'utilité de la parturition prématurée artificielle, et à résoudre les principales objection qu'elles a soulevées, je regarderais mes efforts comme insuffisants, si je ne cherchais point à justifier cette assertion, que j'ai avancée au commencement de ces recherches, qu'aucune opération obstétricale ne pouvait soutenir la comparaison pour ses résultats avec celle qui consiste à provoquer l'accouchement avant terme.

En 1820, lorsque Reisinger écrivait, il n'en existait que soixante et quatorze cas, dont quatre seulement appartenaient à l'Allemagne; tous les autres avaient été recueillis en Angleterre.

En 1831, Schippan ajouta quatre-vingt-huit nouveaux cas, dont soixante-quinze à l'Allemagne, cinq à l'Angleterre, cinq à l'Italie, et trois à la Hollande.

En 1835, M. Stoltz, dans son mémoire, fit l'énumération de tous les faits publiés depuis le relevé du médecin de Wurtzbourg. Ses recherches firent connaître qu'on avait pratiqué en cinq ans l'accouchement prématuré vingt-trois fois en Angleterre, quatorze fois en Allemagne, onze en Italie, cinq en Hollande, quatre en Danemark, trois en Amérique et deux en France.

Au résumé statistique du professeur de Strasbourg, j'ajouterai ceux

dont j'ai pu prendre connaissance ; je regrette que la liste n'en soit pas plus longue : ce sont les dix-neuf faits consignés dans les deux mémoires de Meissner et de Schœller ; les six nouveaux qui appartiennent à la France (1), auxquels j'ajouterai celui du professeur Van Huevel, de Bruxelles, ce qui donne un total général de deux cents cinquante cas. Dans ce nombre on a provoqué l'accouchement prématuré deux cent vingt-cinq fois pour obvier aux inconvénients d'une mauvaise conformation du bassin, et vingt-cinq fois pour d'autres motifs, tels que mort du fœtus, grossesses tardives, maladies graves de la mère. Je ne dois tenir compte ici que des premières circonstances.

Sur deux cent vingt-cinq enfants, cent cinquante-deux sont nés vivants, soixante-treize étaient morts en naissant. Outre les raisons que j'ai déjà fait valoir pour expliquer cette grande mortalité, je dois dire que les indications de l'opération n'ont pas toujours été bien remplies, et c'est ce qui fait qu'elle varie suivant chaque pays. Ainsi, en Angleterre, sur quatre-vingt-dix enfants, on en trouve quarante-huit vivants et quarante-deux morts. En Allemagne, sur quatre-vingt-dix enfants aussi, on en a soixante-quinze vivants ; en Italie, six sur douze ; en France, six sur huit.

L'Angleterre, comme on le voit, se distingue par les insuccès. Cette différence tient, ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs, à ce que dans ce pays on veut à tout prix éviter l'opération césarienne et la symphyséotomie, et qu'on entreprend souvent la provocation de l'accouchement prématuré, lors même que le diamètre sacro-pubien n'a pas plus de 2 pouces à 2 pouces 6 lignes d'étendue. Dans ces cas,

---

(1) Total général des opérations d'accouchements prématurés pratiquées en France.

Première, 1831 (Stoltz); deuxième, 1833 (Stoltz); troisième, 1836 (Villeneuve); quatrième, 1838 (Stoltz); cinquième, 1838 (Stoltz); sixième, 1840 (P. Dubois); septième, 1840 (Nichet); huitième, 1842 (Stoltz). Cette dernière n'a pas encore été publiée.

il a fallu terminer l'opération, tantôt avec le forceps, tantôt par la perforation du crâne. D'autres, pour éviter cette cruelle nécessité, ont excité les contractions utérines dans le courant du septième mois.

En Allemagne, le succès a été admirable. Quelques praticiens ont même opéré avec un bonheur extraordinaire. Ainsi Kluge a eu dix-sept enfants vivants sur vingt; Ritgen, treize sur seize : et de même, dit M. Stoltz, qu'on peut reprocher aux Anglais d'avoir provoqué l'accouchement dans les cas où l'opération césarienne était indiquée, on peut dire que quelques Allemands en ont fait usage lorsque le bassin était suffisamment large pour permettre à terme l'expulsion ou l'extraction d'un enfant vivant.

On ne peut pas faire les mêmes reproches à la France, car nulle part les indications n'ont été mieux posées et plus respectées. Aussi les faits publiés par MM. Stoltz, P. Dubois, Nichet et Villeneuve, doivent-ils être médités par tous ceux qui veulent avoir une idée saine de l'accouchement prématuré artificiel.

Je ne trouve pas dans les auteurs des notions suffisantes pour établir, à l'égard des mères, la statistique des deux cent vingt-cinq accouchements que je viens de relever; j'ai seulement pu constater, par l'examen de ces nombreuses observations, que, sur cent soixante-seize femmes opérées pour vice de conformation du bassin, onze ont succombé, deux à la rupture de la matrice, trois à la péritonite puerpérale, trois à la pneumonie, une à la rupture du vagin, une à la phlébite utérine.

En résumé, sur deux cent vingt-cinq enfants, cent cinquante-deux sont nés vivants, soixante-treize sont morts. Sur cent soixante-seize femmes, onze ont succombé.

Merriman, sur un total de quarante-quatre observations de symphyséotomie (1), compte quatorze cas mortels pour la mère et vingt-

---

(1) M. Stoltz pense que le dernier mot n'est pas dit sur la symphyséotomie, et qu'on condamne trop généralement cette opération qu'il appelle *pubiotomie*. Il dé-

neuf pour l'enfant. Encore, parmi celles qui survécurent, plusieurs conservèrent une incurable immobilité des os du bassin, et par suite une claudication très-fatigante. Madame Lachapelle parle de deux femmes qui furent opérées à la Maternité, et qui restèrent infirmes pendant toute leur vie. Lauverjat rapporte que, sur dix-huit opérations, vingt individus, mères ou enfants, moururent; qu'il fallut deux fois recourir à l'opération césarienne; que cinq ont été suivies d'incontinence d'urine, et une de claudication. Sur les trente cas dont parle Baudelocque, on ne sauva que onze enfants.

M. Velpeau, à qui j'ai emprunté la statistique de la symphyséotomie, a rassemblé deux cent soixante-cinq cas d'opération césarienne. Sur ce nombre, cent dix-huit femmes seulement ont survécu, cent qua-

---

crit, depuis plus de six ans, dans ses cours, et démontre sur le cadavre, un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles. Ce procédé consiste à diviser un des pubis *près de la symphyse* au moyen de la scie à chaînette sans faire d'incision à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préalablement rasé), au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie. On adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de *va et vient* suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté, ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement.

Il y aurait encore bien des choses à dire sur la manière de pratiquer l'opération de la pubiotomie par ce procédé, sur ses effets, son résultat probable. Je n'ai pas eu l'intention d'entrer dans ces détails, j'ai voulu seulement faire connaître la manière de procéder du professeur de Strasbourg. Elle est si simple et si facile à exécuter, elle réunit tant de conditions favorables, que nous pensons qu'elle pourra être généralement adoptée.

rante-sept ont succombé. Sur quatre-vingt-seize enfants, on en a obtenu soixante-sept vivants, vingt-neuf étaient morts.

Ainsi la provocation de l'accouchement prématuré, malgré les imperfections et les incertitudes inséparables d'une origine encore récente, fournit des résultats tellement supérieurs à ceux de la symphyséotomie et de l'hystérotomie, qu'on est étonné de la voir proscrire par ceux-là mêmes qui avaient le plus à se plaindre de ces opérations. « C'est pour ne pas s'être donné la peine d'entendre, dit M. Dezeimeris, que Baudelocque, Gardien, Capuron et d'autres, se sont prononcés d'une manière si tranchante et si dure, sur la question de savoir s'il est des cas où l'accouchement puisse être raisonnablement provoqué avant le terme de la gestation. »

CONCLUSION.

Arrivé à la fin de ce travail, qu'il me soit permis de jeter mes regards en arrière, et de résumer rapidement les idées fondamentales sur lesquelles il repose. L'histoire que j'ai tracée de l'accouchement prématuré artificiel renferme des enseignements qu'il est peut-être utile de faire ressortir, afin de les rendre plus facilement applicables. Car, dans un pareil sujet, la précision du langage et de la pensée est surtout nécessaire pour garantir celui qui débute d'erreurs graves ou d'un excès de zèle, qui l'un et l'autre peuvent rendre sa pratique imprudente ou coupable. Ce n'était pas assez de reconnaître la haute moralité de l'opération; ce n'était pas assez de la relever du discrédit dans lequel avait pu la faire tomber la confusion établie entre une méthode légitime d'accouchement et les manœuvres presque toujours criminelles de l'avortement: j'ai voulu établir par les faits les plus authentiques les services que la provocation de l'accouchement avait si souvent rendus à l'humanité; j'ai fait voir que cette opération, mise en pratique depuis près d'un siècle dans divers pays, ne devait plus trouver en France ni opposants ni détracteurs, et que les succès du passé devaient garantir ceux de l'avenir. Ensuite, abor-

dant l'accouchement prématuré dans ses détails opératoires, j'ai discuté avec soin les indications qui le réclament dans les rétrécissements du bassin et les maladies graves de la femme; j'ai montré que c'était par une ardeur indiscrète ou par de fausses théories qu'on était allé jusqu'à proposer son emploi dans les cas de mort du fœtus et dans ceux presque toujours illusoires de grossesses tardives. Quant aux primiparités, aux grossesses doubles et aux présentations vicieuses, j'ai montré la précaution ou la réserve qui devait régler la conduite de l'accoucheur, soit qu'il vît dans ces diverses circonstances une contre-indication formelle à l'accouchement prématuré, ou seulement une difficulté de plus dans son usage. C'est ainsi qu'après avoir déterminé avec autant de sévérité que possible les cas d'application des procédés opératoires, je suis arrivé à la description de ces derniers. J'ai prouvé que, dans la provocation de l'accouchement avant terme, comme dans toute autre opération obstétricale, il fallait préalablement fixer d'une manière précise l'époque de la grossesse et les dimensions relatives de la tête du fœtus et du bassin de la mère. Pour les moyens qu'on met en œuvre afin de provoquer la contractilité de l'utérus, nous avons vu qu'ils peuvent se rattacher à deux ordres de tentatives: les unes indirectes ou générales, et qui, en agissant sur l'économie tout entière, appellent l'action médiate de l'utérus; les autres, directes ou locales, et qui amènent l'expulsion du fœtus par les contractions de la matrice immédiatement excitée. Je n'énumérerai point les divers procédés qui appartiennent à cette seconde catégorie, je me bornerai à rappeler que leurs avantages ou leurs inconvénients ont été discutés, et que l'habitude et l'habileté de l'opérateur doivent être prises en considération dans le choix de chacun d'eux. Enfin, la statistique de l'opération, comparée dans ses suites et dans ses résultats avec celle de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, montre que, toutes choses égales d'ailleurs, une supériorité incontestable de succès reste à l'accouchement prématuré, mais que chacune de ces opérations a ses indications spéciales, qui ne permettent pas de les remplacer l'une par l'autre.

Si j'ai autant insisté sur les différentes parties de ce sujet, c'est que j'avais à défendre une opération de la plus haute importance, qui, aux difficultés que rencontre toute grande innovation chirurgicale, offre encore celle de blesser en apparence, par une sorte de solidarité avec l'avortement, la religion, la morale et les lois; une opération qui, pour passer dans la pratique, avait besoin de la sanction de tous, et que le temps seul peut donner.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la pression des liquides sur les parois qui les contiennent. Applications au système vasculaire.

Chimie. — Des caractères distinctifs du cyanogène.

Pharmacie. — Des potions et des règles générales à suivre dans la prescription et la préparation de ces médicaments.

Histoire naturelle. — Des particularités d'organisation propres au grand embranchement des végétaux acotylédons ou inembryonnés. Enumérer les principales familles de ce groupe.

Anatomie. — Faire connaître toutes les branches cutanées fournies par les divisions terminales du plexus brachial.

Physiologie. — De la circulation du chyle et de la lymphe.

Pathologie externe. — De l'hydarthrose et de son diagnostic différentiel.

Pathologie interne. — De l'emphysème des poumons et de ses rapports avec les maladies du cœur et des bronches.

Pathologie générale. — De l'asthénie dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des perforations spontanées.

Accouchements. — De l'hémorrhagie utérine pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — De l'action thérapeutique des préparations d'argent.

Médecine opératoire. — Du débridement des plaies.

Médecine légale. — Des lésions mentales dépendantes d'un des besoins physiques de l'homme, la faim, la soif, l'acte génital, etc., tenant à la non-satisfaction d'un de ces besoins, ou consistant en une exaltation ou dépravation de ces besoins.

Hygiène. — Des tempéraments, dans leurs rapports avec les divers climats.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Introduction 5

PREMIÈRE PARTIE.

DÉFINITION, MORALITÉ DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ 7

DEUXIÈME PARTIE.

ESQUISSE HISTORIQUE ET CRITIQUE DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ 14

I. Histoire des progrès de la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin 16

II. Quels sont les cas qui indiquent la provocation de l'accouchement prématuré lorsque le bassin est déformé? 41

III. De la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de maladies graves de la femme 48

IV. De la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de mort du fœtus 58

V. De la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de grossesses tardives 60

VI. Contre-indications de la provocation de l'accouchement prématuré. 62

TROISIÈME PARTIE.

DE L'OPÉRATION 64

I. Conditions préliminaires de l'opération ..... *Ibid.*

II. Procédés opératoires 67

III. Appréciation 74

IV. Des suites de l'opération; comparaison de ses résultats avec ceux de la symphyséotomie et de l'opération césarienne 78

Conclusion 85

QUESTIONS SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES 88